عملِ طب

جلد سوم

سلسلۂ نصابات علمیہ جامعۂ عثمانیہ

ٹیلرز پریکٹس آف میڈیسن

یعنی

عمل طب

مرتبۂ

ای۔ پی۔ پولٹن، ایم۔ اے، ایم۔ ڈی (آکسن)، ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لندن)

بمعاونت

سی۔ پی۔ سیمنڈز، ایچ۔ ڈبلیو۔ باربر، آر۔ ڈی۔ گلیسپی، این۔ ایچ۔ فیئرلے، ڈبلیو۔ ایم۔ مالیسن

مترجمۂ

ڈاکٹر محمد عثمان خانصاحب، ایل۔ ایم اینڈ ایس (بمبئی)، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ

جلد سوم

بہ نظر ثانی و ترمیم مطابق طبع یازدہم سنہ ۱۹۳۶ء

ڈاکٹر سی۔ اے۔ محمد حسین صاحب ایم۔ بی۔ ایس، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ

سنہ ۱۳۶۲ھ م سنہ ۱۳۵۲ف م سنہ ۱۹۴۳ء

دار الطبع جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن

یہ کتاب جے اینڈ اے چرچل لمیٹڈ لندن کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں ترجمہ کر کے
طبع و شائع کی گئی ہے۔

فہرست مضامین

ذہنی امراض ۵۹۵ تا ۷۴۰

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

THE PRACTICE OF MEDICINE

505

عمل طب

جلد سوم

امراض اعضائے بول

گردے اور مثانہ کا امتحان

گُردہ طبعی حالت میں گیارھویں ظہری فقرے کے زیرین کنارے سے دوسرے قطنی فقرہ کے زیرین کنارے تک وسعت رکھتا ہے، اور اُس کا اندرونی حاشیہ درمیانی خط سے اوسطاً ۲ انچہ فاصلہ پر ہوتا ہے۔ اور وہ اپنے محصور کرنے والے شحمی بافت کے کیسہ کے ذریعہ، اِس کے سامنے کی باریطونی تہ کے ذریعہ، اور کلوی عروق کے ذریعہ، اِس وضع میں خوب جما ہوا ہوتا ہے۔ گردوں کا محلِ وقوع جسم کی اگلی سطح پر ایک ۴ × ۸ انچہ کی مستطیل شکل سے متناظر ہوتا ہے، جس کا زیرین لمبا پہلو ناف کے لیول پر، اور چھوٹے پہلو خط درمیانی سے

ہر طرف چار انچ فاصلہ پر ہوتے ہیں۔

گُردہ محسوس نہیں کیا جاسکتا، لیکن وہ منہول اشخاص میں محسوس ہوسکتا ہے، یا اُسوقت جبکہ وہ بڑا ہو گیا ہو، یا اُسوقت جبکہ وہ معمول کی نسبت زیادہ حرکت پذیر (حرکت پذیر گردہ = movable kidney) ہو، یا جبکہ وہ اوپر کے مرض سے نیچے دھکیل دیا گیا ہو۔ ہر پہلو کا امتحان دودستی طریقہ سے کرنا چاہیئے، اور مریض کو ایک گہری سانس لینے کی ہدایت کر دینی چاہیئے۔ یا دُبلے اشخاص میں پہلو کو ایک ہاتھ سے اس طرح پکڑ لینا چاہیئے کہ اُنگلیاں پیچھے اور انگوٹھا سامنے کی طرف ہو۔ بڑھا ہوا گردہ ایک ورم بنا دیتا ہے، جو پیچھے کی طرف سے ٹٹولنے پر گوکہ گونجتا محسوس ہوتا ہے۔ اور سامنے کی طرف سے ہاتھ اِس آماس کے بالائی حصے اور ضلعی حاشیہ کے درمیان ڈالا جاسکتا ہے۔ گُردہ ان امور میں بڑے جگر اور بڑی طحال سے اختلاف رکھتا ہے، اور آخرالذکر کی شکلیں بھی ممیز ہوتی ہیں۔ مزید براں اگر تودے کے سامنے قولون کی کمک پائی جائے تو وہ طحال یا جگر نہیں ہے۔ مبیضی سلعہ (ovarian tumour) نیچے سے اوپر کو بڑھتا ہے، لیکن کلوی سلعہ اوپر سے شروع ہو کر نیچے کی طرف بڑھتا ہے۔ ماساریقی غدد خطِ درمیانی سے اس سے قریب تر واقع ہوتے ہیں کہ جتنا گردہ ہوتا ہے اور وہ نہایت گرہکی تودے بناتے ہیں۔ جُدا جُدا بڑھے ہوئے غدد، نسبتہً بڑے تودے کی نوعیت کا پتہ دیتے ہیں۔

یوروسیلیکٹان بی (uro-selectan B)، ایک آیوڈین مشمول رکھنے والا پیریڈین کا مرکب ہے، جو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف ہے اور گردوں کی راہ سے خارج ہوتا ہے، اور امتحان کے لئے ایک عمدہ ذریعہ ہے۔ زجاجکوں میں ایک بالغ کے لئے اس خضاب کے ۱۵ گرام محلول کے ۲۰ سی سی میں موجود ہوتے ہیں۔ اور اِس کا دروں وریدی طور پر اشراب کیا جاتا ہے (3)۔ ابروڈیل (abrodil) ایک متبادل تجہیز ہے۔ دروں وریدی اشراب سے پہلے اور اس کے تین، ۷، اور ۱۵ منٹ کے بعد شعاع نگاشتیں لی جاتی ہیں۔ ایک جانبی شعاع نگاشت بھی لینی چاہیئے۔ ہر گردے کا پورا رقبہ ایک پھیکے سایے کے طور پر نظر آتا ہے، اور تین منٹ کے اندر ایک عتمیت حوض کے اندر نظر آنے لگتی ہے، اور ۱۵ منٹ کے اندر پورا حوض مع کمامات، حالب اور مثانہ کے نظر آسکتا ہے۔ لہٰذا گردے کی شکل، محلِ وقوع، اور شرحِ اخراج (گویا یہ خضاب کلوی وظیفہ کا بھی کاشفہ ہی)

صفحہ ۳۹



الف ـ طبعی حوض، کمامات اور حالب۔ (شعاع نگاشت مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہے)



ب ـ بایاں کلوی تدرن۔ حوض، کمامات اور بالائی حالب کسی قدر متسع ہیں۔ قرحی کہفکی مراکز بیشتر بالائی قطب میں ہیں۔ سیاہ سایے تراکب کی وجہ سے ہیں۔ گردہ براری۔ نمونہ سینٹ پیٹرز ہسپتال کے عجائب خانہ میں ہے۔ مسٹر جے البن ایڈریوز کی اصابت۔ دایاں گردہ طبعی ہے۔

قہقری حوض نگاری

صحفہ ۴۰



الف ــ بایاں طبعی ہے۔ دایاں غیر مشرب ہے۔



ب ــ دایاں استسقاء الکلیہ۔ حوض، کاسات، درحالب متسع ہیں۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ 506

حوض اور حالب کی جسامت، شکل اور محلِ وقوع ، اور اِن کا تعلق ان سایوں سے جو کہ حصوات کا ایا کرتے ہیں، بالیدوں کی وجہ سے تشوہ اور نقص پُری، تثنی ، اور استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) دریافت کئے جاسکتے ہیں۔ اگر ایک شعاع نگاشت انتصابی وضع میں لی جائے تو گردے کے سقوط کی مقدار دریافت کی جاسکتی ہے (صفحہ ۳۹)۔

بعض اوقات مثانہ بین کی مدد سے گردوں کی حالت کے متعلق قابلِ قدر معلومات حاصل ہوسکتے ہیں۔ اگر ایک یا دوسرا گردہ التہاب حوض الکلیہ (pyelitis) التہاب حوض الکلیہ و کلیہ (pyelo-nephritis)، تدرنی مرض ، یا کسی مماثل ضرر سے ماؤف ہے اور حالب بھی ماؤف ہوگیا ہے تو ممکن ہے کہ مثانہ میں حالب کا دہنہ منفتح ہو اور اُس کے لب متورم اور متصلہ غشائے مخاطی عروقی ہو۔ یہ معلوم کرنے کے لئے کہ آیا مرض ایک ہی گردے میں محدود المقام ہے، حالبین کے اندر قاثاطیر داخل کرکے دونوں حالبوں کا پیشاب جُدا جُدا نکالا جاسکتا ہے۔ ہر گردے سے نکلے ہوئے پیشاب کا اضافی حجم دیکھا جاتا ہے 506
اور خون، پیپ اور البیومین کے لئے اُس کا امتحان کیا جاتا ہے۔ گردے کے بعض پیدائشی تشوہات (congenital malformations)، استسقاء الکلیہ (hydronephrosis)، حالب کے تثنی، حوض کلیہ میں کلوی سلعات کے اُبھر آنے کی حالت اور سنگ گردہ کی تشخیص کے لئے قہقری حوض نگاری (retrograde pyelography) سے بہت امداد حاصل ہوسکتی ہے۔ حالب کی قثطرت سے بول کو خارج ہوجانے دیا جاتا ہے اور سوڈیم برومائڈ کا ۲۰ فیصدی محلول، جو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف ہوتا ہے، باحتیاط اندر داخل کیا جاتا ہے اور پھر ایک شعاع نگاشت لے لی جاتی ہے۔ طبعی حوضِ کلیہ اِس محلول کے ۶ سی سی کو اندر داخل ہونے دیگا۔ کوئی معدمِ حس دوا نہیں دی جاتی، اور اگر کمر میں درد محسوس ہو تو اِشراب موقوف کردیا جاتا ہے۔ ایک نشست میں صرف ایک ہی حالب میں قاثاطیر داخل کیا جاتا ہے۔ مثانہ کو ظاہر کرنے کے لئے ۱ فیصدی سوڈیم برومائڈ، یا ۱۰ فیصدی کولائڈل سلور (colloidal silver) کا اِستعمال کیا جاسکتا ہے (1)، (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۰)۔

امتحانِ بول

مقدار ۔ جسم کا آبی مافیہ منھ کی راہ سے لئے ہوئے پانی اور اُس پانی کے درمیان ایک توازن ہے جو کہ گردوں سے بصورتِ بول ، جلد سے پسینہ کی صورت میں، اور پھیپھڑوں سے ، اور براز وغیرہ میں خارج ہوتا ہے ۔ بول کا افراز خون کی اس مقدار پر منحصر ہوتا ہے جو گردوں میں ہو کر بہتی ہے ۔ اِفرازِ بول کی زیادتی کو کثرت البول (polyuria) کہتے ہیں ، اور اُس کے اُسر یا انقطاع کو اُسرالبول یا انقطاع البول (anuria) کہتے ہیں جس کو احتباس (retention) سے تمیز کرنا چاہیئے ۔ اِدخالِ سیالات سے اور سردی میں جسم کے تکثف سے بول کا حجم بڑھ جاتا ہے ، کیونکہ آخرالذکر حالت میں پسینہ کا افراز کم ہو جاتا ہے ۔ لیکن پانی پینے سے محترز رہنے سے ، خوب پسینہ آنے سے ، اور نظامِ دورانِ خون سے نقصانِ سیال واقع ہونے سے بول کا حجم گھٹ جاتا ہے ۔ بول کا روزانہ اوسط حجم ۱۵۰۰ مکعب سنٹی میٹر ہے ۔

دورانِ مرض میں ، اختلافات مندرجۂ ذیل حالتوں میں دیکھے جاتے ہیں ۔ ثانوی منقبضہ گردے (secondary contracted kidney) میں ، دماغی مرض کی شاذ اصابتوں میں ، ذیابیطسِ شکری (diabetes mellitus) میں ، اور ذیابیطس ملیخ میں سیلانِ بول زیادہ ہو جاتا ہے ۔ ایک عارضی زیادتی ہسٹریائی حملوں میں دیکھی جاتی ہے ، یا محض عصبی ہیجان کا نتیجہ ہوتی ہے (یہ عصبی ہیجان اکثر اوقات زندگی کے بیمہ کے لئے طبی امتحان کے دوران میں بھی ہو جاتا ہے) نیز مدرِ بول فعل رکھنے والی اشیاء سے بھی عارضی زیادتی ہو جاتی ہے ، جیسے کہ اَسیٹیٹس (acetates)، سائٹریٹس (citrates) ، اور ٹارٹریٹس (tartrates) ، اور شاید نہایت عام طور پر الکحلی مشروبات سے ۔

مندرجۂ ذیل حالتوں میں قلتِ بول یا اُسرالبول ہوتا ہے : ۔ حاد التہابِ گردہ (acute nephritis) آب دمویتی التہابِ گردہ (hydræmic nephritis) تسدّدِ حالب میں باستثناء اس صورت کے کہ دوسرا گردہ اتنی قوت رکھتا ہو کہ اپنی معمولی مقدار سے دُونی کا افراز کر دے ، حموی اعمال ، اور فشلِ قلب میں ، متواتر قئے یا بہ کثرت اسہال

کے بعد۔

کثافتِ نوعی۔ - یہ بول کے جامدات کی مقدار کے ساتھ براہِ راست، اور پانی (یعنے خود بول) کی مقدار کے ساتھ بالعکس اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ اِس کی تعیین کے لئے ایک آب پیما (hydrometer) استعمال کیا جاتا ہے جسکو بول پیما (urinometer) کہتے ہیں۔ اگر بول کی مقدار اتنی کم ہو کہ بول پیما اُس میں تیر نہ سکے تو اُسے حسب ضرورت پانی کے ایک، دو، یا تین حجموں کی آمیزش سے مُرَقّق کر سکتے ہیں، اور ایسی صورت میں کثافتِ نوعی حاصل کرنے کا یہ طریقہ ہے کہ اُس کے آخری دو عددوں کو اس عدد سے ضرب دے دیجائے جو کہ ترقیق ظاہر کرتا ہے۔ کثافت تپش کے ساتھ ساتھ اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ صحیح اندراج کے لئے ضروری ہے کہ تمام مشاہدات ۶۰ درجہ فارن ہائیٹ پر کئے جائیں، یا ۶۰ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر ہر ۸ درجہ فارن ہائٹ کے لئے کثافت کا ایک درجہ اور شامل کر کے ان کی تصحیح کر لی جائے۔ حالتِ صحت میں بول کی کثافتِ نوعی ۱۰۱۵ تا ۱۰۲۵ ہوتی ہے۔ کثرتِ بول پیدا کر دینے والے بیشتر اسباب اِس کو گھٹا کر ۱۰۱۰، ۱۰۰۶، ۱۰۰۴، یا اِس سے بھی کم کر دیتے ہیں۔ قلّتِ بول کے تمام اسباب کثافتِ نوعی کو بڑھا دیتے ہیں۔ ذیابیطسِ شکری میں کثافتِ نوعی بڑھ کر ۱۰۳۰، ۱۰۴۰، یا ۱۰۵۰ ہو سکتی ہے، اگرچہ اِس حالت میں مقدارِ بول معمولی مقدار سے کئی گنا زیادہ ہوتی ہے۔ اِس استثنائی حالت کا سبب شکر کی بڑی مقدار کا غیر طبعی اخراج ہوتا ہے۔ البیومین پست اور بلند دونوں اقسام کی کثافتِ نوعی رکھنے والے بول میں پایا جاتا ہے۔

خون اور بول کے مختلف ترکیبی اجزاء کی اضافی مقداریں اور اُنکی ۲۴ گھنٹے کی اوسط برآمد صفحہ 422 پر کی جدول میں ظاہر کی گئی ہے۔ اُن میں سے بعض کا بیان درج ذیل ہے:-

یوریا (urea)۔ یہ بول کے مجموعی جامدات کا تقریباً نصف حصہ بناتا ہے، اور جسمانی نائٹروجن کے خارج ہونے کی خاص شکل ہے۔

کمّی تخمین۔ یوریا کی تخمین کا ایک سہولت بخش طریقہ یہ ہے کہ سوڈیم ہائپوبرومائٹ (sodium hypobromite) (یا ہائپوکلورائٹ: hypochlorite)

شامل کر کے اُسے کاربونک ایسڈ، پانی اور نائٹروجن میں تحلیل کر دیا جائے :-

$$CON_2H_4 + 3NaBrO = 3NaBr + CO_2 + 2H_2O + 2N$$

بول کی ایک ناپی ہوئی مقدار (۵ کیوبک سینٹی میٹر) ہائپوبرومائٹ کے محلول کی ایک مقدار کے ساتھ ایک شیشی میں ملادی جاتی ہے، اور نائٹروجن کو ایک درجہ دار نلی میں جمع کر کے ناپ لیا جاتا ہے۔ یہ شیشی اور نلی پانی سے گھری ہوئی ہوتی ہے تاکہ تپش مستقل رہے۔ ہائپوبرومائٹ کا محلول رکھا رہنے سے ذرا جلد ہی تحلیل ہو جاتا ہے۔ نائٹروجن ناپ لی جاتی ہے، اور اُس پر سے یوریا کی مقدار کی تخمین اِس حقیقت کی بنا پر کر لی جاتی ہے کہ اُس کا ایک گرام اِس گیس کی ۳۷۰ سی سی (کیوبک سینٹی میٹر) سے متناظر ہوتا ہے جو ۱۵ درجہ اور ۷۶۰ ملی میٹر بیرومیٹر کے اوپر ناپی گئی ہو۔ ۲۴ گھنٹوں میں یوریا کی برآمد کی تعیین، پروٹینی تحول کی مقدار کا ایک سرسری ناپ ہے۔ آخر الذکر کو ناپنے کا ایک صحیح تر طریقہ یہ ہے کہ کائل ڈہل (Kjeldahl) کے طریقہ سے پیشاب کی کلی نائٹروجن کی تخمین کی جائے۔ براز، پسینہ وغیرہ میں ضائع شدہ نائٹروجن کا بھی لحاظ رکھنا چاہئے۔ طبعی حالات کے تحت جسم کا نائٹروجنی مافیہ مستقل رہتا ہے، چنانچہ نائٹروجن کا اخراج ٹھیک اُس مقدار کے برابر ہوتا ہے جو غذا کے پروٹین میں موجود ہوتی ہے، اور جوں جوں غذا کے پروٹین کی مقدار روز بروز متغیر ہوتی ہے، نائٹروجن کا اخراج بھی اُسی کے ساتھ متغیر ہوتا ہے۔ مرض کی حالت میں جسم کا نائٹروجنی مافیہ متغیر ہو سکتا ہے، اور یہ اپنا اثر بول میں خارج ہونے والی نائٹروجن پر بھی پیدا کریگا۔ مثلاً تپ کی حالت میں جسم کے پروٹین کا اتلاف واقع ہوتا ہے، اور مرض برائیٹ میں نائٹروجنی حاصلات کا احتباس ممکن ہے۔ غذا میں کھائے ہوئے پروٹین کے مقابلہ میں بولی نائٹروجن کے زیادہ یا کم ہو جانے سے یہ امر ظاہر ہو جائیگا۔ ایسے تغیرات صرف اُسیوقت ناپے جا سکتے ہیں جبکہ مریض کئی دنوں کے عرصہ تک بالکل غیر متبدل غذا کھاتا رہے۔

کلورائڈز (chlorides) - یہ تمام حادحموی اعمال میں، اور بالخصوص ذات الریہ میں کم ہو جاتے ہیں، بلکہ آخر الذکر مرض میں بالکل غائب بھی ہو سکتے ہیں۔

سلفیٹس (sulphates) - یہ پروٹینی تفرق سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایتری سلفیٹس جزءً اُس گندیدگی کا نتیجہ ہوتے ہیں جو امعاء میں واقع ہوتی ہے، اور امعاء

کی ان خرابیوں (تسدّد، التہاب باریطون، قبض) سے بہت بڑھ جاتے ہیں جو کہ ایسے تغیرات پیدا کر دیتی ہیں۔ لائسال (lysol) یا کاربالک (carbolic) کے قسم میں ممکن ہے سلفیٹ مفقود ہوں، اور دروں وریدی سوڈیم سلفیٹ (۱۰ فیصدی محلول ۵ اونس جو قلمی سوڈیم سلفیٹ کے ذریعہ بنایا گیا ہو) فی الفور دینا چاہیے۔

فاسفیٹس (phosphates)۔ بول کے اندر فاسفیٹس کا خاص وظیفہ حائلات کی طرح کام کرنے کا ہے۔ اس کے یہ معنے ہیں کہ ترشہ یا قلی کی بڑی مقداریں خون میں سے خارج ہو کر بول کے اندر جا سکتی ہیں، بغیر اس کے کہ آخر الذکر کی ترشگی (ہائیڈروجن کے رواں کے ارتکاز) کو بہت زیادہ بدلیں۔ اس تعلق میں دو اہم ترین مرکبات مانوسوڈیم ڈائی ہائیڈروجن فاسفیٹ (monosodium dihydrogen phosphate) (NaH_2PO_4) اور ڈائی سوڈیم مانوہائیڈروجن فاسفیٹ (disodium monohydrogen phosphate) (Na_2HPO_4) ہیں۔ ترشہ کے اخراج کا نتیجہ یہ ہے کہ اول الذکر مرکب زیادہ بنے، اور قلی کے اخراج کا نتیجہ یہ ہے کہ آخر الذکر زیادہ بنے۔ وافر پروٹینی غذا، بول کی ترشگی کو بڑھا دیتی ہے۔ زیادہ نباتی مادے یا دوسری ایسی غذا دینے سے، جس میں سوڈیم اور پوٹاسیم کے سائیٹریٹس، ٹارٹریٹس، اور میلیٹس (malates) موجود ہوں، بول کو زیادہ قلوی بنایا جا سکتا ہے۔ یہ امعاء کے اندر متغیر ہو کر قلوی کاربونیٹس بنجاتے اور اسی حالت میں خون کے اندر جذب ہوتے ہیں، اور اسی واسطے بول کی ترشگی کو کم کر دیتے ہیں اور pH ۷ یا اس سے زیادہ ہوتا ہے۔ ان حالات میں نسبتہً کم حل پذیر فاسفیٹوں کی کثرت ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ بولی خطہ میں ترابی ملحات یعنے کیلسیم اور میگنیسیم کے فاسفیٹ مرتسب ہو جائیں، اور اس حالت کو فاسفیٹ بولیت کہتے ہیں (ملاحظہ ہو حصاۃ کا علاج صفحہ 550)۔ یہ مکدر سپید جماؤ ذرا سا ایسیٹک (acetic) ترشہ ملانے سے حل پذیر ہوتا ہے لیکن نسبتہً زیادہ عام طور پر یہ پایا جاتا ہے کہ کسی خفیف سے ترشئی یا تعدیلی بول کو گرم کرنے پر ترابی فاسفیٹس کا ایک سفید جماؤ پیدا ہو جاتا ہے، جو البیومین سے قریبی مشابہت رکھتا ہے لیکن اس سے اس کی تفریق فی الفور یوں کی جا سکتی ہے کہ یہ ایسیٹک ایسڈ کا ایک قطرہ ڈالنے سے حل ہو جاتا ہے۔ امیونیا کی موجودگی سے بھی بول قلوی ہو سکتا ہے، اور یہ

امونیا یوریا کی جراثیمی تحلیل سے بن سکتا ہے، یا تو مثانہ کے اندر (التہابِ مثانہ) یا ہوا میں کھلے ہوئے کسی ظرف کے اندر بول رکھا رہنے کے بعد۔ اِس حالت میں امونیم میگنیسیم فاسفیٹ مترسب ہو جاتا ہے $(MgNH_4PO_4 + 6H_2O)$ ۔ یہ مثلثی منشورات بنا دیتا ہے جن کے سرے سلامی دار ہوتے ہیں۔

تعائلِ بول ۔ بول کا تعامل (ہائڈروجن کے رواں کا ارتکاز) عموماً تعدیلیت 508
کے ترشئی جانب پر ہوتا ہے۔ ہیسل باش (Hasselbach) نے بتلا دیا ہے کہ اُس کا pH، جو لحمی غذا پر یا فاقہ کے دوران میں ۵ء۵ ہوتا ہے، سبزیاں اور آزاد قلی کھانے پر ۸ء۰ تک متغیر ہو سکتا ہے، اور اس تعامل کا انحصار ڈائی سوڈیم مانو ہائڈروجن فاسفیٹ (Na_2HPO_4) اور مانو سوڈیم ڈائی ہائڈروجن فاسفیٹ (NaH_2PO_4) کی اِضافی مقداروں پر ہوتا ہے جو بول میں موجود ہوں۔

نیز گردے کو ایک ایسا عضو تصور کیا جا سکتا ہے جو چوبیس گھنٹوں میں ایسڈ کی ایک بڑی مقدار کا افراز کرتا ہے، کیونکہ وہ تعدیلی خون سے ایک ترشئی تعامل رکھنے والا سیال (یعنی بول) تیار کرتا ہے۔ یہ بول کی ترشگی کے متعلق ایک دوسرا نظریہ ہے۔ خارج شدہ ترشہ کی مقدار کی تعیین اِس طرح کی جاتی ہے کہ عُشر الطبعی سوڈا سے بول کی معایرت کر کے اُسے پھر تعدیلی نقطے پر لے آتے ہیں، یعنی خون کے تعامل کا بنا دیتے ہیں، اور اس کے لئے نیوٹرل ریڈ (neutral red) بطور نمائندہ کے استعمال کیا جاتا ہے۔ تندرستی کی حالت میں وسیع اختلافات ہوتے ہیں، لیکن چوبیس گھنٹے کی اوسط قدر، کسیقدر بلند درجہ کی پروٹین غذا کی حالت میں تقریباً ۶۰۰ کیوبک سینٹی میٹر عُشر الطبعی ترشہ ہوتی ہے (Folin)۔

دو رخہ تعامل کی اصطلاح اُسوقت استعمال کی جاتی ہے جبکہ بول نیلے لِٹمس کو سرخ اور سرخ لِٹمس کو نیلا کر دیتا ہے۔ یہ وہ محفوظ منطقہ ہے کہ جہاں بولی حمضیت میں کوئی ترسیب نہیں ہوتی۔ اگر دونوں طرح کے لونی تغیرات بآسانی ہوں تو pH ۶ء۴ ہے۔ اگر سرخ کاغذ نہایت ہی پھیکے نیلے رنگ میں متغیر ہو تو pH ۶ ہے، اور اگر یہ نیلے رنگ میں بالکل متغیر ہی نہ ہو، تو تعامل ۶ سے نیچے ہے، جو کہ یورک ایسڈ کی ترسیب کے لئے سازگار ہے۔ اگر سرخ کاغذ آسانی سے نیلے رنگ کا ہو جائے، اور نیلا کاغذ کوئی

تغیر ظاہر نہ کرے تو pH ۷ یا اس سے اوپر ہے، جو کہ فاسفیٹ کی ترسیب کا منطقہ ہے (2)- دیگر نمائندے بھی استعمال کئے جا سکتے ہیں، مثلاً میتھل ریڈ (methyl red) اسپرٹ میں، جس کا بیک وقت ایک قطرہ ڈالا جاتا ہے - گلابی رنگ کے یہ معنے ہیں کہ pH ۶ سے نیچے ہے اور زرد رنگ کے یہ معنے ہیں کہ pH ۷ سے اوپر ہے - ایسے انبوبات کا سلسلہ بکتا ہے، جو کہ pH کے تغیر کے لحاظ سے نمائندوں کے رنگ کا درجہ ظاہر کرتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 538) -

جب کسی مریض کے بول کو قلوی کر دینا منظور ہو تو ایسا کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ سائٹرک، ٹارٹارک، یا میلک ایسڈ کے پوٹاسیم یا سوڈیم والے ملحات کے ڈرام ڈرام کی مُعتادیں متواتر استعمال کی جائیں، جو اوپر بیان کئے ہوئے طریقہ سے عمل کرتی ہیں - لیکن سوڈیم بائی کاربونیٹ سب سے زیادہ موثر ہے - بول کی ترشگی حمیات اور ذیابطیس میں زیادہ ہو جاتی ہے - مصنوعی طور پر بول کی ترشگی بڑھانے کا یہ طریقہ ہے کہ ایسڈ سوڈیم فاسفیٹ (۳۰ گرین) دن میں تین یا چار بار روزانہ دیا جائے یا کیلسیم کلورائیڈ یا ایمونیم کلورائیڈ ۱۵ گرین کی خوراکوں میں دن میں چار یا پانچ مرتبہ -

کیلسیئم آگزیلیٹ (calcium oxalate)- کیلسیئم آگزیلیٹ کی روزانہ مُفرزہ مقدار تقریباً ۱۵ تا ۲۰ ملی گرام فی یوم ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات وہ بول کے اندر ایک جماؤ کی صورت میں دیکھا جاتا ہے، یا گردے کے اندر حصوات بنا دیتا ہے - خردبین کے نیچے کیلسیئم آگزیلیٹ کے دقیق مُثمّن یا ہشت سطحی اجسام پائے جائیں گے جو اکثر مربع لفافوں جیسے نظر آتے ہیں - مختلف وضعوں میں اُن کا خاکہ معین یا مسدس کی طرح ہوتا ہے، اور اگر اُن کی کوریں نمویاب نہ ہوں تو وہ ہرمی سروں والے مربع منشورات بنا سکتے ہیں - ایک شکل، جو غیر عام نہیں، ڈمبیل (dumb-bell) جیسی ہوتی ہے - یہ دراصل ایک قرص ہے، جس کے ہر رُخ پر ایک مرکزی نشیب ہوتا ہے اور جو پہلو پر پڑی ہوتی ہے اور کور کی طرف سے دکھلائی دیتی ہے - ایسی شکلیں بلاشبہ اس طرح پیدا ہوتی ہیں کہ کولائڈی مادے کی موجودگی میں آہستہ آہستہ ترسیب واقع ہوتی ہے -

آگزیلک ایسڈ (oxalic acid) پروٹینز کے تفرق اور پیورین شامل رکھنے والے نیوکلوپروٹینز کے تفرق سے پیدا ہو سکتا ہے اور شاید کاربوہائڈریٹس اور

شحوم سے بھی تکسید کے ذریعہ سے پیدا ہوتا ہے - صرف چار غذائیں ایسی ہیں کہ جن میں آگزیلک ایسڈ کی بے انتہا مقداریں پائی جاتی ہیں (۹)- اور وہ یہ ہیں کوکو (cocoa) ۵۰۴ ملی گرام فی صدی - کھٹا ساگ (sorrel) ۳۶۰ - پالک (spinach) ۳۲۰، اور ریوند چینی (rhubarb) ۲۴۰ - جہانتک کہ شائع شدہ اعداد کا تعلق ہے، ترتیب وار ان کے بعد مندرجۂ ذیل ہیں :- خشک کردہ انجیر ۱۰۰، چاکولیٹ ۹۰، آلو ۴۰ - یہ فہرست اس سے بہت مختلف ہے کہ جو عام طور پر شائع کی جاتی ہے - آگزیلیٹ بولیت (oxaluria) اکثر اوقات بلا علامات موجود ہوتی ہے - جب علامات پیدا ہو جاتے ہیں تو یہ ہوتے ہیں:- درد اور بعض اوقات دم بولیت، جو کسی قدر سنگ گردہ جیسے ہی ہوتے ہیں، اور کبھی کبھی ان کے ایسے شدید حملے ہوئے ہیں کہ ان سے حاد معوی تسدد (acute intestinal obstruction) کا اشتباہ ہو گیا - ایک غیر پیوربنی لیسٹ پر وٹینی غذا کی ضرورت ہے - اور ساتھ ہی آگزیلیٹ موجود رکھنے والی غذاؤں سے پرہیز لازم ہے -

یورک ایسڈ اور یوریٹس (uric acid and urates)- اگرچہ یوریٹس کا روزانہ اخراج بالکل تھوڑا ہوتا ہے، آزاد ترشہ اور اس کے نمکیات اکثر اوقات بول میں سے تہ نشین ہو جاتے ہیں - (نیز ملاحظہ ہو تعامل بول، حصاۃ کلوی کا علاج اور نقرس) -

یورک ایسڈ ترشئی بول میں مترسب ہوتا ہے، جس کا pH ۵،۵ اور اس سے نیچے ہو - اس کا جماؤ قلیل المقدار ہوتا ہے، اور تمیا مرچ کے مانند نظر آتا ہے - خردبین کے نیچے اس کی قلمیں خود کو تکلہ نما یا معیّن کے شکل کی قلموں میں ظاہر کرتی ہیں، جن کے سرے تیز اور پہلو گول ہوتے ہیں - یا نسبتہً چھوٹی اور زیادہ موٹی قلموں کی شکل میں، جن کے سرے کند ہوتے ہیں اور جو زیادہ تر بیل نما ہوتی ہیں - لیکن عموماً معیّن کی شکل کی کسی نہ کسی ترمیم کی صورت میں - وہ اکثر اوقات متشعع جھنڈوں یا ستارے نما تودوں کی شکل میں گروہ بند ہوتی ہیں -

یوریٹس (urates) عموماً ایک بے شکل گارھی گلابی یا سرخ ثفل کے طور پر تہ نشیں ہوتے ہیں (برادۂ خشت = brick-dust یا خشت برادی = lateritious)- ان کا جماؤ اسبابِ ذیل کی وجہ سے ہوتا ہے :- (۱) پیشاب کا سرد ہو جانا، کیونکہ وہ

جسمانی تپش پر خوب حل پذیر ہوتے ہیں، اور ۵۰ تا ۶۰ درجہ فارن ہائٹ پر نسبتہً بہت کم حل پذیر ہوتے ہیں۔ اور (۲) بول کا ارتکاز خفیف سی حرارت اس جماؤ کو فوراً حل کر دیگی۔ اور اگر اس بول کا امتحان البیئومین کے لئے کیا جا رہا ہے، تو البیئومین کا ظاہر ہونا شروع ہونے سے پیشتر ہی یوریٹس حل ہو جاتے ہیں اور اس سیّال کو صاف بنا دیتے ہیں۔ (۳) پیشاب کی ترشگی بھی یوریٹس کی تہ نشینی میں ممد ہوتی ہے۔ اور بعض پیشاب بول میں البیئومین کے لئے امتحان کرنے سے پیشتر ایسیٹک ایسڈ شامل کر دیا جائے تو یوریٹس کا ایک رسوب بنجائے گا، جو گرم کرنے پر پھر حل ہو جائیگا۔

صبغاتِ بول (urinary pigments)۔ بول کا رنگ صحت اور مرض، دونوں حالتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ حالتِ صحت میں اسیقدر کافی ہے کہ کم کثافتِ نوعی کے پھیکے رنگ کے قارورں، طبعی رنگ کے رکھنے والے قارورں اور بلند کثافتِ نوعی والے گہرے رنگ کے قارورں کے درمیان فرق کیا جائے۔ لیکن حالتِ مرض میں ہمیں اس کے علاوہ جو چیزیں دیکھنی چاہئیں وہ سرخ، سرخی مائل بھورے، اور بھورے سیاہ رنگ کی مختلف چھائیں ہیں جو خون، یوروبائلین، یا صبغۂ صفر کی آمیزش سے پیدا ہو جاتی ہیں، اور وہ غیر شفاف سپید رنگ جو کیلوس بولیت (chyluria) میں ہوا کرتا ہے۔

بول میں کئی صبغات ہوتے ہیں۔ غالباً بول کا رنگ، جیسا کہ اے۔ ای۔ گیرڈ (A. E. Garrod) نے بتلا دیا ہے، خاصکر ایک معرّا از حدید صبغہ کی وجہ سے ہوتا ہے، جس کا نام یوروکروم (uro-chrome) ہے۔ یہ صبغہ طیف کے بنفشئی سرے کو دھندلا کر دیتا ہے لیکن انجذابی دھاریاں نہیں پیدا کرتا۔ یوروبائلین (urobilin) طبعی بول کے اندر محض خفیف مقداروں میں موجود ہوتی ہے، یعنے ۲۴ گھنٹوں میں ۱ تا ۲ گرین۔ وہ ایک معیّن طیف پیدا کرتی ہے جسمیں خطِ فراؤین ہوفر ف (Frauenhofer's line F) کے مقام پر، یعنے سبز اور نیلے رنگ کے درمیان، ایک انجذابی دھاری ہوتی ہے۔ اُس کی موجودگی کی شناخت کا کیمیائی طریقہ یہ ہے کہ امونیا کے محلول سے بول کو قوی طور پر قلوی بنائیں، چھان لیں، اور پھر اگر زنک کلورائڈ کے ۱۰ فیصدی آبی یا الکحلی محلول کے چند قطرے شامل کر دیں تو یوروبائلین موجود ہونے کی حالت میں ایک سبز ترنہر پیدا ہو جائیگا۔

یوروبائلین غالباً آنت سے جذب ہوتی ہے، جہاں وہ ابتداءً بائلی روبین (bilirubin) سے اخذ ہوتی ہے۔ حمیات، جگر کے بعض امراض، فشلِ قلب اور وافر دم پاشیدگی [شلاً متلف عدمِ دمویت میں اور بے صفرا بولی یرقان (acholuric jaundice) میں] میں، نیز وعا بدر شدہ خون کے انجذاب کے دوران میں یوروبائلین زیادہ ہوجاتی ہے۔ یوروبائلین اسوقت کم ہوجاتی ہے جبکہ صفرا کے بننے میں رکاوٹ ہوگئی ہو (تسمم فاسفورس، حاد اصفرذ بول) یا جب صفراوی قنات مسدود (occluded) ہوگئی ہو۔

ہیماٹوپارفیرین (hæmatoporphyrin) ہیموگلوبین سے اخذ ہوتی ہے۔ وہ صحت اور مرض، دونوں حالتوں میں خفیف مقداروں میں ہوا کرتی ہے، لیکن رثیمی تپ (rheumatic fever) اور بعض دوسری خرابیوں میں اُس کی زیادہ افراط ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بول کے گوتا میں کوئی محسوس فرق نہ پیدا کرے، اور اگرچہ وہ بعض سیاہ سرخ بولوں میں، جو سلفونل (sulphonal) کے استعمال کے بعد خارج ہوتے ہیں، زیادہ مقدار میں موجود ہوتی ہے، تاہم اِن کا سیاہ رنگ بالخصوص دوسرے صبغات کی وجہ سے ہوتا ہے۔ تحوّل کا ایک شاذ خلقی نقص بھی ہوتا ہے، جس میں ہیماٹوپارفیرین بول کے اندر خارج ہوکر اُس کے رنگ کو یاقوتی سُرخ (ruby-red) بنا دیتی ہے۔ اِس حالت میں براز کے اندر پارفیرنس (porphyrins) موجود ہوتی ہیں، اور جلد روشنی کے لئے بہت حساس ہوتی ہے، جس سے صیفی تفقع (hydroa æstivale) کا ایک آبلہ نما ثوران پیدا ہوجاتا ہے (2)۔ یوروایرتھرین (uroerythrin) ایک دوسرا صبغہ ہے، جس سے گلابی یوریٹس اپنا رنگ حاصل کرتے ہیں۔ چنانچہ یورک ایسڈ کے جماؤ یوروکروم سے رنگین ہوجاتے ہیں، اور بعض اوقات یوروایرتھرین سے بھی (Garrod)۔

بول کے اندر لون ساز (chromogens) بھی موجود ہوسکتے ہیں، یعنے ایسے اجسام جو فی الوقت بول کو رنگین نہیں بناتے، لیکن یا تو بول کے رکھے رہنے پر، یا اُسمیں تکسید واقع کرنے والے عاملات شامل کرنے پر، رنگ پیدا کردیتے ہیں۔ حسب ذیل اجسام لون ساز معلوم ہیں:- (۱) یوروبائلن کا لون ساز یعنے یوروبائلنوجن (urobilinogen)، جس کی موجودگی حموی بول کے اندر نائٹرک ایسڈ ملانے سے ظاہر ہوجاتی ہے۔ (۲) ایک ایسا لون ساز، جو بعض اوقات عدمِ دمویت کے بول

میں ملتا ہے، اور وہ گو خارج ہونے پر بالکل پھیکے رنگ کا ہوتا ہے، تاہم نائٹرک ایسڈ
ملانے سے ایک گہرا سُرخ رنگ پیدا کر دیتا ہے۔ (۳) میلانین (melanin) کا
لون ساز، ایک سیاہ صبغہ ہے جو میلاناٹک لحمی سلعہ (melanatic sarcoma)
کے مریضوں کے بول میں (اگرچہ یہ بول جب خارج ہوتا ہے تو بالکل صاف ہوتا ہے)،
تکثف کے بعد یا نائٹرک ایسڈ ملانے سے نمودار ہو جاتا ہے (۴) اِنڈیکن (indican)، یا
پوٹاسیئم اِنڈاکسیل سلفیٹ (potassium indoxyl-sulphate)، جو اِنڈیگو بلیو
(indigo-blue) کا لون ساز ہے۔ یہ معوی کنال میں اُس اِنڈال (indol) کے
510 جذب ہونے کا نتیجہ ہے، جو پروٹیڈز کی جراثیمی تحلیل سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ طبعی
قارورے کے اندر نہایت خفیف حد تک موجود ہوتا ہے۔ لیکن اُن تمام اصابتوں میں
بہت بڑھ جاتا ہے، جن سے معوی مافیہا کا احتباس پیدا ہو جائے۔ ہائڈروکلورک ایسڈ
کی مساوی مقدار شامل کر کے اور پھر کیلسیئم ہائپوکلورائٹ (calcium hypochlorite)
کے سیر شدہ محلول کے چند قطرے ملانے سے اُس کی موجودگی شناخت کی جا سکتی ہے۔
اِسطرح سے اِنڈیگو بنجاتا ہے اور اُس آمیزہ کو نیلے یا بنفشئی رنگ کا بنا دیتا ہے۔ وہ
کلوروفارم کے ساتھ ہلانے سے جدا کیا جا سکتا ہے، جبکہ کلوروفارم امتحانی نلی کی تہ میں
ایک نیلا طبقہ بنا دیتا ہے۔ بعض اوقات صرف نائٹرک ایسڈ کے شامل کرنے سے، ایک
نیلا، بنفشئی، یا سیاہی مائل رنگ پیدا ہو جاتا ہے، جو کہ اِنڈیگو کے جدا ہونے کا نتیجہ
ہوتا ہے۔

اَلکیپٹن بولیت (alkaptonuria) میں بول جب خارج ہوتا ہے تو
اُس کا رنگ قدرتی ہوتا ہے، لیکن تکثف کے بعد سیاہ ہو جاتا ہے، گرم کرنے پر قلویات
سے بہ سرعت سیاہ ہو جاتا ہے، فیرک کلورائڈ کے مُرقق محلول سے گہرا نیلا بنجاتا ہے، اور
اُس میں ہوموجینیٹیسِک ایسڈ (homogenetisic acid) اور بعض اوقات
یورولیُوسِک ایسِڈ (uroleucic acid) موجود پائے جاتے ہیں۔ یہ حالت شاذ ہوتی
ہے، لیکن بہت سی اصابتوں میں یہ پیدائشی ہوتی ہے، اور اُسی خاندان کے دو یا
زیادہ ارکان میں، اور خون کا رشتہ رکھنے والے والدین کے بچوں میں واقع ہوتی ہے
اِس سے کوئی علامات نہیں پیدا ہوتے (ملاحظہ ہو مرض اصفر=Ochronosis)۔

بہت سے دوائی اور دوسرے کیمیائی اشیا بول کو رنگین بنا دیتے یا اُن کاشفات کے ساتھ جو دوسرے اغراض سے استعمال کئے جاتے ہیں، لونی تعاملات ظاہر کرتے ہیں - ریوند چینی (rhubarb)، جس میں کرائسوفینک ایسڈ (chrysophanic acid) موجود ہوتا ہے، بول کو نسبتہً زیادہ گہرا زرد بنا دیتی ہے، اور سینٹونین (santonin) بھی یہی کرتی ہے - قلی ملانے سے یہ بول سرخ ہو جائینگے - لاگس ووڈ (logwood) بول میں ایک سرخی مائل جھلک پیدا کر دیتا ہے - کاربولک ایسڈ خواہ یہ داخلی طور پر لیا گیا ہو یا کاربولکی کسوتوں (carbolic dressings) سے جذب ہو گیا ہو، پائروکیٹیچین (pyrocatechin) اور ہائڈروکینون (hydroquinone) کی موجودگی کے باعث، بول کو منکشف ہونے کے بعد گہرا بھورا یا سبزی مائل سیاہ بنا دیتا ہے اگرچہ بول جب خارج ہوتا ہے تو صاف ہوتا ہے - کریاسوٹ (creasote) کا اثر بھی ممکن ہے کہ یہی ہو میتھلین بلیو (methylene blue) کے داخلی استعمال سے بول نیلے رنگ کا، اور اگر اس کی کم مقدار لی گئی ہو تو سبز رنگ کا ہو جاتا ہے - ایوسین (eosin) سے، جو کھلونوں یا مٹھائیوں کو رنگنے کے کام میں لائی جاتی ہے، بچوں کے پیشاب کا رنگ شوخ سرخ ہو گیا ہے - اگر پوٹاسیم آیوڈائڈ (potassium iodide) یا پوٹاسیم برومائڈ (potassium bromide) لیا جا رہا ہے تو ممکن ہے کہ بول کا رنگ نائٹرک ایسڈ شامل کرنے پر آزاد آیوڈین یا برومین کی رہائی کی وجہ سے گہرا یا سیاہ ہو جائے - کلوروفارم کے ہمراہ ہلانے سے آیوڈین یا برومین جدا کی جا سکتی ہے -

البیومین بولیت

(albuminuria)

البیومین بولیت کی اصطلاح قارورے میں عموماً سیرم البیومین (serum albumin) اور گلابیولین (globulin) دونوں کی موجودگی کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے - سیرم گلابیولین چربشی مرض (lardaceous disease) کے بول میں اکثر معمول سے زائد ہوتی ہے، اور بول کو آب کشیدہ کے ایک بڑے حجم کے اندر ڈال دینے سے (جبکہ گلابیولین مرسوب ہو جاتی ہے)، یا تعدیلی بول کو میگنیشیم

سلفیٹ سے سیر شدہ کردینے سے اس کو شناخت کیا جاسکتا ہے ۔ اِس کے برعکس سنغمیتی التہابِ گردہ (parenchymatous nephritis) میں بول کے اندر کی گلابیوٗلین البیوٗمین کے مقابلہ میں بہت کم ہوجاتی ہے اور اِن دونوں کی نسبت ۱ اور ۶ کی ہوتی ہے ۔ وظیفی البیوٗمین بولیت کی اصابتوں میں یہ نسبت ۱ اور ۲ کی ہوتی ہے ۔

البیوٗمین بولیت مختلف طریقوں سے شناخت کی جاسکتی ہے :۔

حرارت ۔ اگر صاف بول کو جس میں البیوٗمین موجود ہو ایک امتحانی نلی کے اندر گرم کیا جائے تو وہ اِس شے کی ترویب کے باعث غیر شفاف ہوجائیگا ۔ اُسکی مقدار کے لحاظ سے یہ محض ایک دودھیاپن، یا ایک قطعی تکدر، یا ایک گاڑھا ملائی جیسا جماؤ ہوگا ۔ اِس کا شفہ کے کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ امتحانی نلی کو اُس کے طول کے نصف یا دوثلث حصے تک بھر کر پھر چند قطرے مرقق ایسیٹک ایسڈ کے شامل کردئے جائیں، اور نلی کو اُس کے نیچے کے سرے سے پکڑ کر بول کے بالائی حصے کو گرم کیا جائے ۔ اِسطرح کرنے سے حرارت بول کے اُسی حصے میں محدود رہتی ہے، اور اس کی صفائی میں جب کوئی خفیف سی تبدیلی واقع ہوتی ہے تو وہ نیچے والے ٹھنڈے بول کے ساتھ مقابلہ کرنے پر شناخت کی جاسکتی ہے ۔

بعض ماسبق احتیاطیں ضروری ہیں ۔ اولاً ممکن ہے کہ حرارت اُن اشیاء کی ترسیب بھی کردے جو البیوٗمین نہیں ہیں، مثلاً فاسفیٹس کی لیکن یہ نائٹرک ایسڈ یا ایسیٹک ایسڈ کے ایک قطرے سے فی الفور حل ہوجاتے ہیں ۔ دویم ممکن ہے کہ البیوٗمین موجود ہو تاہم حرارت اُس کی ترسیب کرنے میں ناکام رہے ۔ یہ اُسوقت ہوتا ہے جبکہ بول کافی طور پر ترشئی نہو، اور سیرم البیوٗمین القلی البیوٗمین (alkali albumin) میں متغیر ہوگیا ہو، جو حرارت سے مرسوب نہیں ہوتا ۔ اِس مغالطہ سے بچنے کے لئے بول کو اُبالنے کے بعد اُس میں ایسیٹک ایسڈ شامل کردینا چاہئے تاکہ وہ ترشئی ہوجائے ۔ بہرکیف یہ ضروری ہے کہ یہ تجربہ ایک صاف بول پر عمل میں لایا جائے : اگر وہ یوریٹس کی وجہ سے مکدر ہے تو ہلکی حرارت اُسے صاف بنادیگی ۔ اگر وہ فاسفیٹس کی وجہ سے مکدر ہے تو ایسیٹک ایسڈ کے دو ایک قطرے شامل کردئے جائیں ۔ اور اگر کسی اور جماؤ کی وجہ سے مکدر ہے تو بول کی تقطیر کرلینا چاہئے ۔

نائٹرک ایسڈ (nitric acid)- اِس کاشفہ کے اِطلاق کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ایک امتحانی نلی کی تہ میں قدرے نائٹرک ایسڈ رکھکر نلی کی جانب کے برابر برابر مشتبہ بول کو نہایت آہستہ آہستہ نیچے کی طرف بہایا جائے تاکہ وہ ترشہ کی سطح پر آجائے لیکن اُس کے ساتھ مخلوط نہونے پائے۔ ترشہ اور بول کے خطِ اتصال پر البیُومین کی ایک تہ بنجاتی ہے، جو وافر البیُومین موجود ہونے کی حالت میں سپید رنگ کی ہوتی ہے، اور اگر البیُومین نہایت کم مقدار میں ہے تو اِسس کا محض ایک پتلا سا ر مادی قرص ہوتا ہے۔ اول الذکر حالت میں وہ فوراً بنجاتی ہے۔ آخرالذکر صورت میں ممکن ہے کہ اُس کے بننے میں کئی سیکنڈ، یا دو تین منٹ، بلکہ آدھا گھنٹہ لگ جائے۔

اِس کاشفہ سے متعلق صرف چند ہی مغالطات ہیں۔ اولاً، اُس بول میں جس میں حد سے زیادہ یوریٹس موجود ہوں، یہ یوریٹس بعض اوقات ایک ابر یا دھندلے پن کے طور پر مرسوب ہوجاتے ہیں، لیکن وہ بجائے اِس کے کہ عین نائٹرک ایسڈ کے اوپر واقع ہوں۔ اس سے کچھ فاصلہ اوپر کو واقع ہوتے ہیں۔ خفیف سی حرارت لگانے سے یہ ابر یا دھندلا پن فوراً حل ہوجائیگا۔ دوئم، نیو کلیئو پروٹین (میُوسین =mucin) بھی اِس وضع میں ایک دھندلے پن کے طور پر مرسوب ہوجائیگا۔ سوئم، جو اشخاص کوپیبا (copaiba) داخلی طور پر لے رہے ہوں، اُن کے بول میں ایک رال صفت تُرشہ، یعنے کوپیوک ایسڈ (copaivic acid)، اساسوں کے ساتھ ملا ہوا موجود ہوتا ہے۔ اگر اِس میں نائٹرک ایسڈ ملا دیا جائے تو یہ رال صفت جسم تہ نشین ہوجاتا ہے، عموماً ایک اَبر کے طور پر جو بول کے اندر یکساں طور پر پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ یہ رسوب بھی حرارت سے حل ہوجاتا ہے۔ چہارم، نائٹرک ایسڈ کے ملانے سے کچھ عرصے بعد، جب کہ آمیزہ ٹھنڈا ہوجائے، ایک قلمی جماؤ نائٹریٹ آف یوریا (nitrate of urea) کا پیدا ہوسکتا ہے۔ لیکن یہ البیُومین سے کوئی مشابہت نہیں رکھتا، کیونکہ یہ ورقچہ دار قلموں سے بنتا ہے، جو مختلف سمتوں میں متشعع ہوتی ہیں۔ نائٹرک ایسڈ البیُوموزیس (albumoses) کی بھی ترسیب کر دیتا ہے، جو حرارت سے دوبارہ حل ہوجاتے ہیں۔

پکرک ایسڈ (picric acid)۔ ایک امتحانی نلی کو بول سے نصف سے زائد تک

بھر لینا چاہیئے، اور اُس پر پکرک ایسڈ کا ایک سیر شدہ محلول (جس کی کثافت نوعی پست ہوتی ہے) اِس ترکیب سے ڈالا جائے کہ دونوں مایعات حتی الامکان مخلوط نہ ہونے پائیں اِن کے خطِ اتصال پر ایک نازک سپید لکیر، یا ایک نسبتہً دبیز تر سپید اَبر فوراً بنجاتا ہے، اور اگر یہ البیومین ہے تو حرارت سے حل نہیں ہوتا - البیومین کے علاوہ، پکرک ایسڈ یوریٹس، الکلائیڈز (alkaloids)، اور البیومو زیس کو بھی مرسوب کر دیتا ہے - کہتے ہیں کہ بول کو گرم کرنے سے یہ سب فوراً غائب ہو جاتے ہیں - کونین (quinine) واحد الکلائیڈ ہے جو اتنی کافی مقدار میں لیا جاسکتا ہے کہ پکرک ایسڈ سے اُس کی ترسیب واقع ہو سکے - نیوکلیو پروٹین بھی پکرک ایسڈ سے مرسوب ہو جاتا ہے اور حرارت سے حل نہیں ہوتا - اگر پکرک ایسڈ سے رسوب نہ پیدا ہو تو البیومین یقیناً غیر موجود ہے -

سیلی سِل سلفانِک ایسڈ (salicyl-sulphonic acid)- اِس ترشہ کا سیر شدہ محلول البیومین کے لئے ایک نازک کاشفہ ہے: اِسے ایک امتحانی نلی کے اندر صاف بول میں ملا دینے سے البیومین کا ایک دودھیا اَبر تہ نشین ہو جاتا ہے - یہ ان نتائج کی تصدیق کے لئے کارآمد ہے جو کہ حرارت کے کاشفہ سے حاصل ہوتے ہیں - البیومو زیس بھی مرسوب ہو جاتے ہیں -

البیومین کے کمّی امتحانات حسب ذیل ہیں:-

ایسباک کا امتحان (Esbach's test)- یہ طریقہ آسان ہے لیکن غیر یقینی اور غیر صحیح ہے - ایک حصہ پکرک ایسڈ اور دو حصے ہوا کے ذریعہ خشک کئے ہوئے سائٹرک ایسڈ کو ۱۰۰ حصے پانی میں ملا کر ایک امتحانی محلول تیار کر لیا جاتا ہے - ۶ تا ۸ انچ طول اور ½ انچ قطر والی ایک درجہ دار نلی ایک خاص لیول (۲½ انچ) تک بول سے بھر لی جاتی ہے اور پھر ایک خاص فاصلہ (۱½ انچ) تک پکرک کے محلول سے - مرسوب شدہ البیومین کو چوبیس گھنٹے تک تہ نشین ہونے دیا جاتا ہے، اور نلی کے اوپر جو نشانات ہوتے ہیں اُن سے البیومین کی وہ مقدار ظاہر ہوتی ہے جو بول کے ۱۰۰۰ حصوں میں موجود ہوتی ہے، یعنے اُتنے گرام فی لیٹر -

کیرج (Kerridge) کا کاشفہ - یہ بہترین سریری طریقہ ہے، اور اس کا عام استعمال ہونا چاہیئے - پیشاب (یا دماغی نخاعی سیال) کا ایک سی سی لیکر اس کو

ایک چھوٹی سی معیاری امتحانی نلی میں کاربن کی تعلیق کے ا سی سی کے ہمراہ اور پھر ٹرائی کلورایسٹک ایسڈ (trichloracetic acid) کے ا سی سی کے ہمراہ ہلایا جاتا ہے۔ اس کے رنگ کا مقابلہ معیاری نلیوں کے ساتھ کیا جاتا ہے (6)۔

البیومین بولیت کے اسباب - مرض برائٹ میں بول کے اندر البیومن کیوں ظاہر ہو جاتا ہے، اس امر پر غور کرتے وقت ہمیں یاد رکھنا چاہیئے کہ البیومین بولیت کا وقوع التہاب گردہ کی اصابتوں تک ہی محدود نہیں، بلکہ وہ دوسری کئی قسم کی خرابیوں کے ساتھ بھی واقع ہو جاتی ہے۔ ذیل میں وہ مختلف حالتیں مندرج ہیں جن میں البیومین بولیت مشاہدہ میں آئی ہے:۔

(۱) گردہ میں پیدا ہونے والی حالتیں :۔

۱ - مرض برائٹ اور اس کے اقسام، جنکی تفصیل آگے درج ہے۔
حاد حمیات -

۲ - التہاب کلیہ و حوض الکلیہ (pyelonephritis)، معہ حصاتی
التہاب کلیہ و حوض الکلیہ کے - اور سروحی التہاب گردہ - 512

۳ - تدرنی گردہ (tuberculous kidney)۔

۴ - چربشی مرض (lardaceous disease)۔

۵ - قلب اور شش کے امراض میں وریدی تسدد، اور دوران خون کے مقامی اختلالات -

۶ - ڈویری مرض (cystic disease)۔

۷ - نوبالیدیں، معہ بعض دمویت کے اور طفیلیات (parasites)

۸ - استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) اور حالبین کا عارضی تسدد - حمل -

۹ - وظیفی البیومین بولیت -

۱۰ - خون میں غریب پروٹینز کی موجودگی، اور بینس جونس کی البیومز بولیت (Bence Jones albumosuria)۔

(۲) گردے سے نیچے کی بولی رگذروں میں پیدا ہونے والی حالتیں -

۱- حوض گردہ اور حالبین کا مرض -

۲- التہابِ مثانہ -

اِس آخری گروہ میں البیُومین بولیت ہمیشہ خفیف ہوتی ہے، کیونکہ وہ یا تو اُس پیپ کا محض ایک جزو ہوتی ہے جو ایک متقرح طبقاتی غشائے مخاطی سے براہ راست خارج ہوتی ہے، یا وہ خون ہوتی ہے جو عروق کے انشقاق سے پیدا ہو جائے، جیسے کہ حصات یا سنگ کی حالت میں -

بول کے دوسرے پروٹینز- نیو کلو پروٹین، یُوگلوبیُولین (euglobulin)- اگر ٹھنڈے، اور بالخصوص مرقق کئے ہوئے بول میں ایسیٹک ایسڈ کے چند قطرے ملا دئے جائیں تو ممکن ہے کہ ایک رسوب بنجائے، جسے ایک وقت میں میُوسین (mucin) سمجھا جاتا تھا، لیکن نسبتہً حال ہی میں اسے کلوی خلیوں سے اخذ شدہ نیوکلیُوپروٹین سمجھا گیا ہے - مورنر (Mörner) ایسے رسوبوں کے متعلق یہ سمجھتا ہے کہ وہ کانڈرائٹین سلفیوُرک ایسڈ (chondroitin-sulphuric acid)، کے ساتھ، نیوکلیک ایسڈ (nucleic acid) کے ساتھ، اور یرقان کی حالت میں ٹاروکالک ایسڈ (taurocholic acid) کے ساتھ سیرم البیُومین کے مرکبات ہیں - اِس کے برعکس یہ یُوگلابیُولین اور فائبرنوجن (fibrinogen) کا آمیزہ بھی سمجھے گئے ہیں (Oswald)- خواہ یہ شئے یوگلابیولین ہو یا اور کچھ ثابت ہو جائے، اس کی عملی اہمیت یہ ہے کہ ممکن ہے کہ یہ وہی شئے ہو جو نوعمر اشخاص میں وظیفی البیُومین بولیت پیدا کر دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 551)- یہ عام طور پر تسلیم کر لیا گیا ہے کہ اِس کی زیادہ مقدار میں موجودگی ایک اصابت کو حقیقی التہابِ گردہ کے زمرہ سے متعین طور پر خارج کر دیتی ہے، لہذا اِنذار اچھا ہوتا ہے -

بول کے اندر نوعی پروٹیوزس (proteoses) دمہ اور دوسری حساسیتی حالتوں (allergic conditions) میں (جو ملاحظہ ہوں)، اور نزدرزن، انفلوئنزا اور تمام نہ سہی غالباً بیشتر ساری حموی حالتوں میں واقع ہوتے ہیں - اِس امر کا ثبوت حاصل ہو گیا ہے کہ جلدی تعاملات (skin reactions) کے ذریعہ سے مرضیٰ خود اپنے پروٹیوز کی حساسیت حاصل کر لیتے ہیں - پروٹیوز کی شناخت کے لئے بول کو ۲۵ فیصدی سلفیورک ایسڈ کے چند قطروں سے ترشئی بنا کر اُس کے حجم کے پاؤ ایتھر

کے ساتھ ہلایا جاتا ہے، جس سے ایتھر کی تہ غیر شفاف اور لزج ہو جاتی ہے (۴)۔

بینس جونس کا پروٹین (Bence Jones protein) لُبِّ استخواں کے متعدد دلبتی سلعہ (نخاع مرضی البیوموس بولیت = myelopathic albumosuria) میں، اور بعض اوقات لُبّ زاد ابیض دمویت (myelogenous leukæmia) میں واقع ہوتا ہے، اور اس کی ترویب اس سے کم درجہ کی تپش پر ہو جاتی ہے کہ جس پر البیومین کی ہوتی ہے، یعنی ۵۸ درجہ سینٹی گریڈ (۱۳۷ درجہ فارن ہائٹ) پر بجائے اس کے کہ ۷۵ درجہ سینٹی گریڈ (۱۶۷ درجہ فارن ہائٹ) پر ہو، اور جب تپش کو اُبال آنے تک بڑھایا جاتا ہے تو یہ روبہ پھر تحلیل ہو جاتا ہے۔ امونیم سلفیٹ کا سیر شدہ محلول اُسے مرسوب کر دیتا ہے۔ قوی ہائڈروکلورک اور نائٹرک ایسڈ ایک وافر رسوب کو تہ نشین کر دیتا ہے، جو صرف تُرشہ کی نہایت کثیر مقدار میں حل ہو جاتا ہے، لیکن اُبالنے سے حل پذیر ہوتا ہے۔ جب تُرشہ کی سطح پر بول کو تیرا دیا جائے، تو اس پروٹین کی تھوڑی مقدار جو فی ہزار ۰.۵ کے برابر ہو، سیّالات کے مقامِ اتصال پر ایک سپید حلقہ پیدا کر دیگی (برائڈشا کا امتحان)۔

پپٹونس (peptones) بول کے اندر بالکل نہیں ہوتے یا شاذ ہوتے ہیں۔ اُن سے بائی یوریٹ تعامل (biuret reaction) حاصل ہوتا ہے، یعنے جب بول کو ایک امتحانی نلی کے اندر محلولِ فیہلنگ کی تھوڑی سی مقدار پر تیرایا جائے تو ایک ہلکا سرخ یا گلابی رنگ نمودار ہو جاتا ہے، لیکن پپٹونس نائٹرک ایسڈ سے مرسوب نہیں ہوتے، اور نہ سیّال کو امونیم سلفیٹ سے سیر شدہ کرنے سے، جس سے دوسرے پروٹینز مرسوب ہو جاتے ہیں۔ یہ اور دوسرے نمکیات پروٹینز کو جدا کرنے کے لئے استعمال کئے جا سکتے ہیں، کیونکہ امونیم سلفیٹ، بجز پپٹونس کے، تمام پروٹینز کو مرسوب کر دیتا ہے، سوڈیم میگنیسیم سلفیٹ سیرم البیومین کو مرسوب کرتا ہے، اور میگنیسیم سلفیٹ سیرم گلوبیولین کو تہ نشین کرتا ہے۔

دم بولیت

(hæmaturia) 513

فارورے کے اندر خون صریحاً بڑی مقداروں میں، اور تھکّے بناتا ہوا ہوتا ہے،

یا اتنی کافی مقدار میں موجود ہوتا ہے کہ جس سے بول کا رنگ تیز سرخ ہو جائے ۔ جب نسبتہً کم موجود ہوتا ہے تو میٹ ہیموگلوبین (methæmoglobin) یا ہیماٹین (hæmatin) کی موجودگی کے باعث بول کا رنگ اکثر مٹیالا بھورا اور مکدّر دُھندلاً ہوتا ہے ۔ عموماً اسکے ساتھ ایک ذراتی سرخی مائل بھورا ثُفل ہوتا ہے ۔ البتہ یہ فراموش نہیں کرنا چاہئیے کہ اصلی خون کی موجودگی کے بغیر بھی بول کا رنگ ہیموگلوبین کی وجہ سے اور کوئی دوسرے صبغات یا اَلوان سے سرخ ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 444 ، 510) ۔ خون کی موجودگی کی تعیین کئی طریقوں سے ہو سکتی ہے ۔

خردبین ۔ اس کے ذریعہ سے ہم خون کے سُرخ خلیّوں کو اُن اصابتوں میں بھی شناخت کر سکتے ہیں ، جن میں بول کے رنگ پر سے یہ شبہ نہیں ہوتا کہ خون موجود ہے ۔ اگر بول واضح طور پر سرخ ، یا بھورا اور مکدّر ہے تو اُس میں اقراصِ دمویہ بکثرت موجود ہونگے ۔ ممکن ہے کہ بول کے اندر آویزاں ہونے کے باعث وہ اپنی مقعّر الطرفین شکل کھو چکے ہوں ، اور وہ اکثر سکڑے مکڑے ہوتے ہیں اور اُن کی کوریں کنگرے دار ہوتی ہیں ، یا ممکن ہے کہ اُن کے جرم کے بروزات موجود ہوں ۔

طیف نما ۔ آکسی ہیموگلوبین موجود رکھنے والے بول کا طیف زرد اور سبز حصوں میں فراؤہین کے D اور E خطوں کے درمیان دو انجذابی دھاریاں ظاہر کرتا ہے ، اور ان میں سے نسبتہً تنگ سیاہ تر اور زیادہ واضح دھاری D سے زیادہ قریب ہوتی ہے ۔ میٹ ہیموگلوبین تین انجذابی دھاریاں ظاہر کرتی ہے ، جن میں سے دو تو تقریباً بالکل اُسی محل پر ہوتی ہیں کہ جہاں آکسی ہیموگلوبین کی ہوتی ہیں ، اور تیسری دھاری C اور D کے ٹھیک بیچوں بیچ ۔ ایسڈ ہماٹین E اور F کے درمیان ایک چوتھی انجذابی دھاری ظاہر کرتی ہے ۔

گوایاکم کا کاشفہ (Guaiacum test) ۔ ایک امتحانی نلی کے اندر بول میں ٹنچر آف گوایاکم کے چند قطرے ملا کر پھر اُس میں تقریباً ½ ڈرام اوزونِک ایتھر (ozonic ether) یا اوزونِک الکحل (ozonic alcohol) شامل کر دو ، جن میں ہائڈروجن پرآکسائڈ (hydrogen peroxide) موجود ہوتا ہے ۔ خون کی مقدار کے لحاظ سے جلد یا دیر سے سیّالات کے مقامِ اتصال پر ایک نیلا رنگ پیدا ہو کر سطح پر تیرنے والے ایتھر میں

منتشر ہو جاتا ہے ۔ آمیزہ کو آہستہ سے ہلانے سے یہ رنگ جلد تر نمودار ہو جاتا ہے ۔ یہ امتحان مطلق طور پر اعتماد کے قابل نہیں ۔ پوٹاسیئم آیوڈائڈ لینے والے مریضوں کا بول بھی ایک نیلا رنگ ظاہر کریگا، لیکن تا وقتیکہ آیوڈائڈ نہایت بڑی مقداروں میں نہ لیا جا رہا ہو یہ رنگ صرف آہستہ آہستہ ظاہر ہوتا ہے ۔

وافر دم بولیت کے اسباب ۔ سہولت کی غرض سے اِن اسباب کی تقسیم حسب ذیل طریقہ سے کی جا سکتی ہے :۔ (۱) جرّاحی اسباب، گو یہ طبی پہلو بھی رکھتے ہیں حصاۃ الکلیہ، تدرن، خاطی کلوی شریان، بڑھا ہوا قدامیہ، مثانہ کا سلعہ حلیمیہ ۔ (۲) طبی اسباب (سرسری طور پر تواتر کی ترتیب میں) :۔ حاد التہابِ گردہ، اُنبوبی التہاب گردہ (tubal nephritis)، اور اوّلی اور ثانوی منقبض گردہ (contracted kidney)، ارتفاع الضغط (hyperpiesia) ۔ مرض قلب مثلاً ساری التہابِ دروں قلبیہ (infective endocarditis) اور مطرانی ضیق (mitral stenosis) معہ انفعام یا اِمتلا کے ۔ خطّۂ بولی کی سرایت ۔ پربیُورا (purpura)، عدمِ دمویت، کثرت خلیات احمر (polycythæmia) ۔ ادویہ، مثلاً ہیگزامین (hexamine)، کاربولک لاسقات (carbolic applications)، اور ریوند چینی کی خراش ۔ آگزلیٹ بولیت (oxaluria) اور بلہارزیت (bilharziasis) ۔

چونکہ گذشتہ زمانہ میں دم بولیت کے حقیقی سبب کی شناخت میں اکثر ناکامی رہی ہے، لہذا مجہول السبب دم بولیت (essential hæmaturia) یا نزف الکلیہ (nephrostaxis) کی اصطلاح اکثر استعمال کی گئی ہے، اور اب بھی کبھی کبھی کسی اصابت کو کسی سبب سے منسوب نہیں کیا جا سکتا ۔ لیکن ایک غیر واضح امراضیات پر اڑے رہنے کی نسبت زیادہ دانشمندانہ اور آسان طریقہ یہی ہے کہ لاعلمی کا اقرار کر لیا جائے ۔ اِس میں شک نہیں کہ بعض اصابتیں حوض کلیہ کے دقیق شامات (nævi) کے باعث ہوتی ہیں، اور خطّۂ بولی کے پَرپیُورا (purpura) کی متعدد اصابتیں بیان کی گئی ہیں ۔

تشخیص ۔ اِس کی تعیین کے لئے کہ خون خطّۂ بولی کے کس حصّے سے آ رہا ہے، مثانہ بینی (cystoscopy) وغیرہ استعمال کرنا چاہئے ۔ لیکن یہ یاد رکھنا مفید ہوگا کہ

مبالی نزف میں خون بالکل الگ خارج ہوتا ہے اور بول کے ساتھ مِلا ہوا نہیں ہوتا۔

سبائک

(casts)

یہ ٹھوس اجسام ہیں، جو بول کے اندر خردبین سے شناخت کئے جاتے ہیں، اور اگر کافی زیادہ مقدار میں ہوں تو ایک ثفل بنا دیتے ہیں جو خالی آنکھ سے بھی نظر آتا ہے۔ اگر یہ اتنے کم ہوں کہ آسانی سے نہ شناخت ہو سکیں، تو ممکن ہے کہ بول کا امخاض کرنے کے بعد مل جائیں۔ یہ شکل میں اُسطوانی، اور عرض میں ۰.۰۱ سے لیکر ۰.۰۵ ملی میٹر تک
514 ہوتے ہیں۔ لیکن طول میں اور بھی زیادہ مختلف ہوتے ہیں، جو ۱ بلکہ ۲ ملی میٹر تک پہنچ سکتا ہے، چنانچہ اِن کی لمبائی خردبین کے میدان میں ٹھیک ایک سرے سے دوسرے تک پھیلی ہوئی ہوتی ہے، لیکن زیادہ اکثر وہ چوڑائی سے پانچ تا دس گنا ہوتی ہے۔ گردے سے اِن کا تعلق اِس سے ثابت ہے کہ موت کے بعد یہ علی العموم عموماً اِتصالی اُنبیبات میں پائے جاتے ہیں۔ غالباً یہ چنبر ہینلے (loop of Henle) میں بنتے ہیں، کیونکہ اِس نالی کا درونہ دوسری جگہ کی نسبت بہت زیادہ تنگ ہوتا ہے، اور مادہ اُس کے اندر سے بھنچ کر نکلتا ہے۔ اِن کے مندرجہ ذیل اقسام شناخت کئے گئے ہیں:-

زجاجی سبائک (hyaline casts)- یہ شفاف بے رنگ اُسطوانے ہوتے ہیں، جن کے انعطافی خواص اُس سیّال کے خواص سے بہت مماثل ہوتے ہیں کہ جس میں وہ واقع ہوتے ہیں، لہٰذا تاوقتیکہ کارمین یا آیوڈین، یا اَنیلین صبغات میں سے کوئی ایک صبغہ (جیسے کہ جنشین وایولیٹ) شامل کر کے اِن کی تلوین نہ کر لی جائے، وہ بہت مشکل سے شناخت ہو سکتے ہیں۔ یہ متجانس، نرم، اور خم پذیر، سیدھے یا خمیدہ، اور طول میں مختلف ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی دوسرے جماؤ ان کے ساتھ چپکے ہوئے، یا اِن میں مدفون ہوتے ہیں، جیسے کہ خون کے سُرخ جسیمات، سپید خلیے، سرحلمی خلیے، ذرّاتی تودے، شحمی ذرّاتی گلوبچے، یوریٹس یا آگزیلیٹس کی قلمیں، یا ہیموٹائڈین کے ریزے۔

متذکرۂ ذیل سبائک کے بعض اقسام میں غالباً مماثل زجاجی مادہ اَساس

کے طور پر موجود ہوتا ہے، جو اِس صورت میں دوسرے عناصر سے بالکل ڈھکا ہوا، یا اُن کے ساتھ مخلوط ہوتا ہے۔

زجاجی سبائک کو اکثر "فائبرینی" (fibrinous) کہا جاتا ہے، لیکن معلوم ہوتا ہے کہ یہ خالص فائبرین کے نہیں ہوتے۔ اغلباً یہ اُس البیومینی رو بہ سے بنجاتے ہیں، جس کا عبرارتشاح خون میں سے، متضرر سرحلیہ میں سے ہوکر ہوا ہے۔ زیادہ شاذ اصابتوں میں یہ اُنیبیبی سرحلمہ سے بنتے ہیں، جس میں زجاجی انحطاط واقع ہوگیا ہو۔

یہ التہابِ گردہ کے مختلف اشکال میں، اور مرضِ قلب کے پیدا کردہ امتلاء میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ کلوی مبداء کی البیومین بولیت کے ساتھ تقریباً ہمیشہ واقع ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ البیومین کے ظہور سے چند گھنٹے یا چند دن پہلے نمودار ہو جائیں، اور اُس کے غائب ہو جانے کے بعد کچھ عرصہ تک جاری رہیں۔

سرحلمی سبائک (epithelial casts)- یہ کلوی سرحلمہ کے خلیتے ہوتے ہیں، جو اِس ترویب پذیر مادّے کے ذریعہ سے باہم مجتمع ہوتے ہیں جو کہ زجاجی سبائک بناتا ہے، یا وہ اس مادّے میں مدفون ہوتے ہیں۔ یہ سرحلمی خلیتے کم و بیش ممیز ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ ملتفف اُنیبیب یا ہینلے کے چنبر سے آتے ہوں۔

ذرّاتی سبائک (granular casts)- یہ اسقدر شفاف نہیں جس قدر کہ زجاجی سبائک ہوتے ہیں، اور بعض اوقات گھسے ہوئے شیشہ جیسے اور بعض اوقات نسبتہً زیادہ سیاہ اور بہت زیادہ غیر شفاف ہوتے ہیں۔ یہ سرحلمی خلیوں کے انحطاط کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں، اور بہت سی مثالوں میں سبیکہ کے اندر سرحلمی خلیوں کے خاکے نظر آنا ممکن ہے۔

شحمی سبائک (fatty casts)- یہ یا تو زجاجی سبائک ہوتے ہیں، جن کے اندر چربی کے گلوبچے اور ذرّے مدفون ہوگئے ہوں جو شحمی انحطاط ظاہر کرنے والے سرحلمہ کی شکست وریخت سے پیدا ہوتے ہیں، یا وہ خود دراصل ایسے ہی شحمی سرحلمی خلیتوں سے بنتے ہیں۔ شحم آسا سبائک (lipoid casts) تقطیبی خردبین (polarising microscope) سے معائنہ کرنے پر دُہرا انعطاف ظاہر کرتے ہیں۔

دموی سبائک (blood casts) - یہ اُس خون کی ترویب سے پیدا

ہوجاتے ہیں، جو کلوی اُنیبیبات کے اندر مُنصَب ہوا ہے - یہ اپنے رنگ کی وجہ سے، اور اِن کو بنانے والے دموی جسیمات کی جسامت اور قریبی اجتماع کی وجہ سے بہ آسانی شناخت ہوجاتے ہیں - دم بولیت کی کسی اصابت میں اِن کی موجودگی یہ ثابت کرتی ہے کہ خود گُردے سے خون آیا ہے -

مومی سبائک (waxy casts) - یہ سبائک بڑے بڑے اور نہایت انعطافی ہوتے ہیں، اور بعض اوقات چربشی مزمن (lardaceous disease) میں نیز مرض برائٹ کی دوسری مزمن شکلوں میں پائے جاتے ہیں - وہ بُھر بُھرے ہوتے ہیں اور بیقاعدگی کے ساتھ ٹوٹتے ہیں، جس سے اُن کی شکل کسیقدر موم جیسی ہوجاتی ہے - اُن سے اکثر چربشی مادّے کے تعاملات نہیں حاصل ہوتے، اور اُنکی نوعیت مشکوک ہے، لیکن یہ ممکن ہے کہ وہ ذرّاتی سبیکہ کا ایک مابعد درجہ ہوں -

اگرچہ بول میں ملنے والے سبائک کی نوعیت کسی حد تک گُردے کی حالت پر منحصر ہے، تاہم سبائک پر سے اُس حالت کے متعلق نتائج اخذ کرنے میں ناجائز عجلت سے کام نہیں لینا چاہیے - اکثر اوقات اُسی بول میں دو یا زائد اقسام کے سبائک پائے جاتے ہیں، اور ہمیں ایک یا دوسری قسم کے غلبہ سے رہنمائی حاصل کرنی چاہیے - زجاجی اور ذرّاتی سبائک التہاب گردہ کی ہر قسم میں ملتے ہیں، خواہ وہ حاد ہو یا مزمن دموی سبائک
515 اور سرخلوی سبائک حاد اصابتوں میں نہایت عام ہوتے ہیں - شحمی سبائک مزمن التہابِ گردہ کی اُن اصابتوں میں زیادہ کثیرالوقوع ہیں، جن میں شحمی انحطاط طاری ہوگیا ہو -

سپیدی خلوی سبائک (leucocyte casts)- یہ نام اُن سبائک کو دیا گیا ہے جن میں ریمی خلیئے مدفون ہوتے ہیں -

استوانہ نما جسم (cylindroids) یہ وہ بڑے بڑے زجاجی اجسام ہیں، جنکے سرے گاؤدم یا شاخدار ہوتے ہیں، خاکہ تموّجی ہوتا ہے، اور جن میں طولی تخطّط ہوتا ہے - غالباً یہ مخاطی دھاگے ہیں، جو نیوکلیئو پروٹیڈ کا غیر حل شدہ مابقیٰ ہیں، اور دراصل سبائک نہیں - یہ کوئی اہمیت نہیں رکھتے -

کلوی وظائف کی تخمین

پانی کی برآمد کا کاشفہ ۔ گردوں میں پانی کا اخراج کرنے کی قابلیت کا امتحان کرنے کے لئے، پانی کے ۱۲۰۰ سی سی علی الصباح ناشتہ کئے بغیر پی لئے جاتے ہیں۔ یابعد ۵ گھنٹوں میں پیشاب کے کم از کم ۹۰۰ سی سی خارج ہو جانے چاہئیں، اور اسکی کثافت نوعی ۱۰۰۳ ہونی چاہیئے۔

ارتکاز یا کثافتِ نوعی کا کاشفہ ۔ ۱۲ یا ۱۶ گھنٹہ تک کوئی سیال نہیں دیا جاتا، اور پھر ۶ بجے شام کے وقت کا بلند پروٹینی کھانا مع نمک کے دیا جاتا ہے۔ تین نمونے جمع کئے جاتے ہیں، بیدار ہونے پر، اور گھنٹہ گھنٹہ کے وقفے سے۔ اعظم کثافتِ نوعی کم از کم ۱۰۲۶ ہونی چاہیئے۔ اگر اتنی نہ ہو تو قوتِ ارتکاز ناقص ہے۔

خون میں کے یوریا کی تخمین ۔ سادہ ترین اور مختصر ترین طریقہ ایوہانز (Yvon's) کا ہے۔ ایک ورید سے حاصل کئے ہوئے خون کے دس مکعب سینٹی میٹر کو ۵ سی سی کلور ایسیٹک ایسڈ (chloracetic acid) میں ملا دیا جاتا ہے، تاکہ پروٹینز مرسوب ہو جائیں، اور پھر ایک چھوٹی کیل صراحی میں اس آمیزہ کا حجم ۲۵ سی سی تک کر لیا جاتا ہے۔ اس آمیزہ کو ایک کیل شیشہ میں تقطیر کر لیا جاتا ہے اور مقطر کا حجم نوٹ کر لیا جاتا ہے۔ پھر فینال فتھالین (phenolphthalein) کو قلویت کے نمائندہ کے طور پر استعمال کر کے اس مقطر کو کاسٹک سوڈا کے ذریعہ قلوی بنا لیا جاتا ہے۔ آلۂ پیمائش ایک چھوٹا قیف ہوتا ہے، جو نیچے ایک شیشہ کی ڈاٹ کے ذریعہ ایک چھوٹی ظرفک سے جوڑ دیا جاتا ہے۔ ظرفک کے زیریں سرے سے ایک ربر کی تھیلی لگا دی جاتی ہے، جس میں کانچ کے دانے ہوتے ہیں۔ ربر کی تھیلی کو دبا کر آلہ کو قلوی مقطر سے بھر دیا جاتا ہے، جو احتیاط کے ساتھ دھو کر اندر بہایا جاتا ہے، اور تھیلی اور ظرفک میں سے سب ہوا خارج کر دی جاتی ہے اور پھر شیشہ کی ڈاٹ کو بند کر دیا جاتا ہے۔ تھوڑا سوڈیم ہائپوبرومائٹ (sodium hypobromite) قیف کے اندر ڈالکر اُسے ظرفک کے اندر داخل ہونے دیا جاتا ہے۔ آخر الذکر کو کئی بار اُلٹ کر اُس کے مافیہا کو ملا لیا جاتا ہے۔ رہا شدہ

نائٹروجن ظرفک کے بالائی حصے میں جمع ہو جاتی ہے اور اُس کی پیمائش ظرفک کو پانی کے ایک اُستوانہ میں منتقل کر کے اور ربر کی تھیلی کو علیحدہ کر کے کی جا سکتی ہے۔ اس کے بعد تخمین اس واقعہ پر سے کی جا سکتی ہے کہ ایک گرام یوریا، گیس کے ۳۷.۰۰ مکعب سنٹی میٹر سے متناظر ہوتا ہے جو پانی کے اوپر ۱۵ درجہ سنٹی گریڈ اور ۷۶۰ ملی میٹر پر ناپی جائے۔

طبعی طور پر خون میں ۳۰ ملی گرام فیصدی ہوتے ہیں۔ یوریا دموی قولما (uræmic coma) میں اس مقدار سے دس گنا اعداد پائے جاتے ہیں۔ دماغی نخاعی سیال بھی استعمال میں لایا جا سکتا ہے۔ اس حالت میں ٹرائی کلورا یسیٹک ایسڈ (trichlor-acetic acid) کے ذریعہ پروٹینز کو خارج کرنا غیر ضروری ہے۔

یوریائی ارتکاز کا امتحان (urea concentration test)۔ مریض ۱۵ گھنٹے تک سیالات سے پرہیز کرتا ہے۔ صبح کے وقت بیدار ہونے پر، وہ اپنا مثانہ خالی کرتا ہے اور فوراً ایک ایسے تحلول کے ۱۰۰ سی سی پی لیتا ہے جس میں ۱۵ گرام یوریا موجود ہو اور جو صبغۂ نارنج (tincture of orange) سے خوشبودار بنایا ہوا ہو۔ ایک گھنٹہ کے بعد وہ پیشاب کرتا ہے اور دوسرے اور تیسرے گھنٹہ کے بعد پھر پیشاب کرتا ہے۔ پیشاب کے ان نمونوں کے اندر یوریا کی فیصدی مقدار کی تعیین کر لی جاتی ہے۔ اگر فیصدی مقدار ۲ سے اوپر ہو تو اخراجی قوت تشفی بخش ہے۔ یہ امر دیکھا گیا ہے کہ یہ کاشفہ اسی وقت صحیح ہوتا ہے جبکہ پیشاب کا حجم تقریباً ۱۰۰ سی سی ہو (9)۔ لہٰذا راقم الحروف میکاسکی (McCaskey) کا ابتدائی طریقہ دوبارہ اختیار کرنے کا حامی ہے، جو کہ حسب ذیل ہے۔

یوریا کی برآمد کی شرح کا کاشفہ (rate of urea output test)۔ یوریائی ارتکاز کا طریق عمل اختیار کیا جاتا ہے۔ لیکن سیالات کی پہلے غیر معمولی تحدید کرنے کی کوئی ضرورت نہیں۔ گھنٹے گھنٹے کے حجموں اور یوریا کی فیصدی مقداروں پر سے یوریا کی اعظم مقدار کی تخمین کر لی جاتی ہے جو تین گھنٹوں میں سے ایک کے دوران میں خارج ہوئی ہے۔ تندرست گردے یوریا کی جو اقل مقدار خارج کرتے ہیں وہ حجم بول کے لحاظ سے قدرے مختلف ہوتی ہے، اور ذیل میں درج کی جاتی ہے۔

فی گھنٹہ حجم، سی سی	۵۰	۶۰	۷۰	۸۰	۱۰۰	۱۲۰	۱۵۰	۲۰۰	۲۵۰
یوریا کی برآمد فی گھنٹہ گرام	۱.۸۱	۱.۹۲	۲.۰	۲.۰۵	۲.۰۸	۲.۰۹	۲.۱۰	۲.۱۰	۲.۲

516 اگر کسی مریض کے یوریا کی فی گھنٹہ اعظم برآمد جدول بالا کی لکیر میں درج کیئے ہوئے اقل اعداد سے نیچے گر جائے تو اُس کے گردوں کی اخراجی قوت کو ناقص یا کم سمجھنا چاہئیے۔

دموی یوریا کے انخلاء کا کاشفہ۔ جیسا کہ یہ کاشفہ ابتداءً بیان کیا گیا تھا، مریض ۶ بجے صبح ناشتہ کھانے سے پہلے، پانی کے ۱۰۰۰ سی سی (۳۵ اونس) آہستہ آہستہ پی لیتا ہے کہ جن میں یوریا کے ۳۰ گرام موجود ہوتے ہیں۔ اگر خون میں یوریا کا ارتکاز پہلے ہی بلند ہو مثلاً ۶۰ ملی گرام فی صدی، تو پھر یوریا لینے کی بالکل کوئی ضرورت نہیں۔ ۷ بجے اور پھر ہر گھنٹہ بعد ۱۱ بجے تک، مریض پانی کے دو گلاس (تقریباً ۱۶ اونس) آہستہ آہستہ پیتا ہے۔ یوریا کی وہ مقدار دریافت کی جاتی ہے جو پیشاب میں ۹ اور ۱۲ بجے کے درمیان ہر گھنٹہ کے دوران میں خارج ہوتی ہے، اور دموی یوریا کے لئے خون کے نمونے صبح ½۹، ½۱۰، ½۱۱ بجے پر لئے جاتے ہیں۔ یہ دیکھا جاتا ہے کہ وقت کی ہر اکائی میں خارج ہونے والے یوریا کی مقدار اور خون میں یوریا کے ارتکاز کے درمیان ایک مستقل نسبت ہے، بالفاظِ دیگر جب خون میں کا یوریا بڑھ جاتا ہے تو پیشاب میں خارج ہونے والی مقدار بھی بڑھ جاتی ہے۔ اس غرض سے کہ یوریا کی اتنی زیادہ مقدار نہ لینی پڑے، راقم الحروف ۱۵ گرام کی ایک خوراک صبح ۸ بجے دیتا ہے۔

پیشاب کے (و) حجم میں فی منٹ یوریا کی جتنی (ی) مقدار خارج ہوتی ہے اِس کے متعلق یہ تصور کیا جا سکتا ہے کہ یہ خون کے (و) حجم سے آئی ہے کہ جس میں یوریا کی (ی) مقدار اسوقت موجود تھی جبکہ ابھی گردہ نے اس کو خارج نہیں کیا تھا، چنانچہ ی و = ی و لہٰذا و = $\frac{ی و}{ی}$ اور یہ کسرا اور متذکرۂ بالا نسبت دونوں ایک ہیں۔ لہٰذا یہ مستقل عدد، خون کا ایک فرضی حجم ظاہر کرتا ہے کہ جو ایک منٹ کے عرصہ میں یوریا سے منخلی ہوتا ہے۔ یہ فرضی اس لئے ہے کہ خون کا کوئی حصہ یوریا سے مکمل طور پر منخلی نہیں ہوتا۔ اس مستقل عدد کو اعظم انخلاء کہتے ہیں، کیونکہ گردہ کاشفہ کے دوران میں پانی اور یوریا کو خارج کرنے کے لئے اپنی پوری قابلیت کے ساتھ کام کرتا ہے۔

یہ جسم میں موجود رہنے والی وظیفی کلوی بافت کی مقدار کا ناپ ہے، اور کلوی وظیفہ کا بہترین کاشفہ ہے جو کہ بحالت موجودہ ہم کو حاصل ہے۔ ایک بالغ کی صورت میں اعظم انخلاء ۶۰ اور ۹۴ سی سی فی منٹ کی جولانی کے درمیان اختلاف پذیر ہوتا ہے،

اور اوسط ۷۵ سی سی ہوتی ہے ۔ بچوں کی صورت میں اوسان افراد کی صورت میں جنکی جسامت طبعی سے بہت مختلف ہو (مثلاً وزن ۱۰ اسٹون اور قد ۵ فٹ ۷ انچ ہو)، حاصل شدہ قدر کو $\frac{۱٫۷۳}{\text{سطح جسم میٹروں میں}}$ سے ضرب دینی چاہیئے قبل اس کے کہ اس کا مقابلہ متذکرہ بالا طبعی اعداد کے ساتھ کیا جائے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 460) (10)۔ سطح جسم کا حساب قد اور وزن سے لگایا جاتا ہے جیسا کہ صفحہ 460 پر بتلایا گیا ہے (10) ۔ اس کاشفہ کو پچھلے کاشفہ کی توسیع سمجھا جا سکتا ہے، کیونکہ اس میں ارتکاز اور حجم کے علاوہ دموی یوریا کا عامل آتا ہے ۔ حقیقت میں یوریا کی برآمد اسی لئے تسلی بخش ہے کہ جب دموی یوریا پہلے سے طبعی ہو، تو ۱۵ گرام یوریا دینے کے بعد وہ بالعموم ایک مستقل لبول تک چڑھتا ہے ۔

مثال :۔ ایک بالغ مرد سے کاشفہ کے پچھلے دو گھنٹوں میں سے ہر گھنٹہ کے لئے جو اعداد حاصل ہوئے وہ حسب ذیل تھے ۔ پیشاب کا حجم ۴۸۳ ، ۴۶۶ سی سی ۔ یوریا فیصدی ۴٫۷۰ ، ۴٫۸۰ ۔ خون (ملی گرام فیصدی) ۴۸ اور ۴۵ ۔ اعظم انخلاآت فی منٹ $۸٫۰۵ \times \frac{۴٫۷۰}{۴۸}$ ، $۷٫۷۵ \times \frac{۴٫۸۰}{۴۵}$ تھے ، یعنی ضرب دینے پر ۷۹ ، ۸۳ ۔ اوسط ۸۱ ، جو کہ ایک طبعی عدد ہے ۔

یہ ادعا کیا جاتا ہے کہ اسوقت بھی قابل اعتبار نتائج حاصل ہوتے ہیں جبکہ پیشاب کا حجم نہایت، کم یعنی ۱۲۰ سی سی فی منٹ ہو، لیکن اس عدد سے نیچے انخلائی کسر، جو کہ اب اعظم نہیں رہتی مستقل نہیں ہوتی ۔ یہ ایک نقص ہے کیونکہ دمائی التہاب کلیہ (hydræmic nephritis) میں ادرار البول اس عدد تک بھی نہیں پہنچتا۔

لیکن متذکرہ بالا مساوات میں و کی بجائے √و اور بچوں کی صورت میں $\sqrt{\frac{۹ \times ۱٫۷۳}{\text{سطح جسم}}}$ استعمال کرنے سے خاصا قریبی نتیجہ حاصل ہو سکتا ہے ۔ اس کو معیاری انخلاء کہتے ہیں اور اس کی طبعی جولانی ۴۱ – ۶۷ سی سی اور اوسط ۵۴ سی سی ہے (11) ۔ یہ ترمیم شدہ ضابطہ اسوقت استعمال کیا جا سکتا ہے جبکہ یوریا یا پانی دئے بغیر خون اور پیشاب کا تجزیہ گھنٹہ گھنٹہ کے وقفہ سے کیا جائے ۔ لیکن اعظم انخلائی کاشفہ غالباً بہترین ہے اسی طرح کا کاشفہ کریٹی نین کے ذریعہ بھی کیا گیا ہے (12)۔

بول کے ڈایاسٹیس (diastase) کی تخمین - یہ کاشفہ صفحہ 409 پر بیان کیا
517 گیا ہے - حالبین کی قسطرت کے بعد اِسے دونوں گردوں کی افرازی قوتوں کا مقابلہ
کرنے کے لئے استعمال کیا جا سکتا ہے منقبض گردے (contracted kidney) میں
ڈایاسٹیس کا اخراج کم ہو جاتا ہے -

فینال سلفونیفتھالیین (phenolsulphonephthalein)- مریض کا
مثانہ خالی کر لیا جاتا ہے اور ۲۰۰ یا ۳۰۰ سی سی پانی براہِ دہن دیا جاتا ہے - پھر اس دوا کے
۶ ملی گرام قلوی محلول میں الوی عضلات کے اندر مشرب کئے جاتے ہیں - ایک گھنٹہ
اور دو گھنٹوں کے بعد پیشاب جمع کیا جاتا ہے، اور قوی کاسٹک سوڈا کے چند قطرے
ملانے کے بعد اُس کے حجموں کو ایک لیٹر تک مرقق کر لیا جاتا ہے - گلابی رنگ جو حاصل
ہوتا ہے اُس کا مقابلہ اِس صبغہ کے معیاری لونی محلولات کے ساتھ کیا جاتا ہے -
طبعی حالت میں اِشراب کردہ مقدار کا ۵۰ فیصدی حصہ ایک گھنٹے کے بعد، اور
مزید ۲۵ فیصدی دوسرے گھنٹے کے بعد خارج ہو جاتا ہے - چار گھنٹے میں وہ سب کا سب
خارج ہو جاتا ہے - جب اخراج میں نقص ہوتا ہے تو صبغہ کا اخراج اِس کی نسبت
بہت سست ہوتا ہے - ایسا مختلف اقسام کے کلوی مرض میں ہوتا ہے، اور یہ کسی
خاص شکل کے لئے مخصوص نہیں -

مرض برائٹ

(BRIGHT'S DISEASE)

عمومی تبصرہ

گردوں کی ایک مرضی حالت کے ساتھ استسقائے عمومی اور البیومینی بول
کے تلازم کو سب سے پہلے شناخت و معلوم کرنے کا سہرا ڈاکٹر رچرڈ برائٹ (Dr. Richard Bright) کے سر ہے - ۱۸۲۷ء میں اُس نے اپنے پہلے مضمون میں بتلا دیا کہ
استسقاء کے ساتھ اکثر گردے بڑے، پھیکے رنگ کے اور چکنے ہو جاتے ہیں، اور

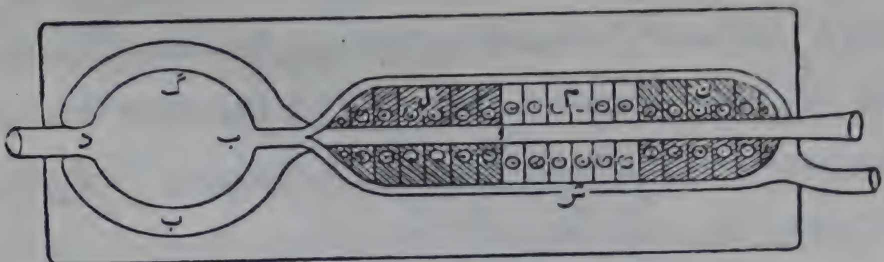
پیشاب میں البیؤمین موجود ہوتا ہے۔ ۱۸۳۶ء میں اُس نے اپنا مضمون "البیؤمینی بول سے تعلق رکھنے والی ۱۰۰ اصابتوں کے مَرضی مظاہر کا جدولی تبصرہ" شائع کیا، جس میں اُس نے بتلادیا کہ البیؤمین بولیت کی بہت سی اصابتوں میں، جن میں استسقاء نہیں ہوا تھا، گُردے چھوٹے اور پھیکے رنگ کے تھے۔ اِس مضمون میں ادھیڑ عمر کے کئی مریضوں کے حالات کے اندراجات بھی ہیں، جو دماغی نزف (cerebral hæmorrhage) یا فشلِ قلب (heart-failure) سے نشانۂ اجل ہو گئے، اور جن کے گُردے امتحان بعد الممات میں "چھوٹے، سخت، اور ذرّاتی" پائے گئے، اور جن کے قلوب میں "بائیں بطین کی بڑی بیش پرورش" پائی گئی۔

چونکہ برائٹ کے ابتدائی یا اصلی بیان میں گردوں کا وہی مرض شامل تھا جس کے ساتھ البیؤمین بولیت، اُذیما یا قلب کی بیش پرورش موجود ہوتی ہے، لہذا یہ صاف اور واضح ہے کہ مرض برائٹ میں صرف حاد، تحت الحاد، اور مزمن گویکی اُنبوبی (glomerulo-tubal) (یا زیادہ سہولت کے لحاظ سے "سمّی") التہابِ گردہ کو شامل ہونا چاہیئے، لیکن شریان صلابتی گُردہ (arterio-sclerotic kidney) اُن میں شامل نہیں، کیونکہ حال ہی میں یہ بتلادیا گیا ہے کہ یہ گُردے اوسطاً طبعی وزن کے ہوتے ہیں۔

مزید برآں، حاد التہاب گردہ کی چار اقسام میں سے اِس گروہ میں تین شامل کی جاسکتی ہیں، یعنے نہ صرف حاد گویکی اُنبوبی التہابِ گردہ (acute glomerulo-tubal nephritis)، بلکہ ساری التہاب دروں قلبہ کا سدادی التہابِ گُردہ (embolic nephritis) بھی جو اول الذکر سے نہایت قریبی مشابہت رکھ سکتا ہے۔ اُس کا بیان اِس سے پہلے درج ہو چکا ہے۔ حمل کا التہابِ گردہ بیشتر گویکی ہوتا ہے (16)۔ تیسری قسم وہ التہابِ گردہ ہے جو بعض سموم سے پیدا ہو جاتا ہے، مثلاً پارے یورانیم (uranium)، کرومیٹس (chromates)، ذُراح (cantharides)، ٹرپن ٹائن، پوٹاسیم نائٹریٹ، سیلی سیلک اور کاربولک ایسڈز سے، جو بالخصوص اُنبیبات کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ اِس کے برعکس حاد خلالی التہابِ گردہ (acute interstitial nephritis) مرض برائٹ کی قسم ہرگز نہیں ہے۔ یہ بالخصوص اُن مریضوں کے

گردوں میں پایا جاتا ہے، جو حمیٰ قرمزیہ (scarlet fever) میں ابتدائے مرض میں ہلاک ہو چکے ہوں، لیکن جن میں تمثیلی قرمزیتی التہاب گردہ نمودار نہوا ہو۔ رنجکی یا فبتیں گول خلیتوں، بیشتر بلازما خلیتوں سے در ریختہ ہو جاتی ہیں، اور یہ دراصل التہاب حوض الکلیہ والکلیہ (pyelonephritis) کا ابتدائی ترین درجہ ہے۔ یہ امر نہایت ہی دلچسپ ہے کہ گردہ اور (جگر) میں انحطاطی تغیرات اسوقت پائے جاتے ہیں جبکہ چوہوں کو میگنیسیم سے معرّا غذا دیجائے، اور اس سے تشنجات پیدا ہو جائیں (14، 15)۔

چربیشی گردہ (lardaceous kidney) کو موجودہ زمانہ میں باتفاق رائے مرض برائٹ کے زمرہ سے خارج کر دیا گیا ہے، باستثناء اس حالت کے جبکہ یہ انحطاط ایک ماسبق اُنبوبی التہاب پر مستزاد ہو گیا ہو۔ ایسا ہونا شاذ نہیں ہے کیونکہ مسزمن



شکل ۱۶ - گوریک گ اور اُنیبیب (ا کی خاکہ نما ترسیم - ب - کیسۂ باؤمن - د اور ب - درآرندہ اور برآرندہ عرق - (باتباع اسٹارلنگ و ورنی) -

التہابِ گردہ اس تغیر کی استعداد پیدا کرتا ہے۔

مرض برائٹ کی امراضیات کے متعلق ایک ہنگامی نظریہ۔ گوریک (شکل ۱۶، گ) کو یہ سمجھنا چاہئے کہ وہ معقول بلند دباؤ کے تحت، پانی اور دوسری انتشار پذیر اشیاء کو تقطیر کے ذریعہ خون میں سے کیسۂ باؤمن کے اندر پہنچا دیتی ہے۔ گار پتھر کے ایک باریک 518
نالچہ سے ایک منفرد کیسۂ باؤمن میں کچھوکا دیکر اس سیّال کو حقیقتہً جمع کیا گیا ہے۔ سیّال نالچہ کے اندر صرف اُسیوقت تک بہ کر آتا تھا جبتک کہ خون گوریکی عروق شعریہ میں سے ہو کر گذرتا ہوا دکھائی دیتا تھا، اور ایکی ہارن (Ekehorn) نے مزید برآں یہ بھی تبلا دیا

ہے کہ مقطر اور پلازما کا کلورائڈی مافیہا مماثل ہیں، اور یہ امر تقطیری مفروضہ کے ساتھ مطابقت کرتا ہے۔ انسانی گردے میں تقریباً ایک کروڑ (۱۰ ملین) گوبکیں معہ اُنکی متناظر اُنیبیبات کے ہوتی ہیں۔ ایک منفرد گوبک مقابلتہً صرف تھوڑے عرصہ تک مصروفِ کار رہتی ہے اور پھر اُس کی فعالیت موقوف ہوکر دوسری گوبکیں بارِ محنت کو اُٹھا لیتی ہیں۔ چنانچہ گردوں میں ایک بڑا محفوظہ موجود رہتا ہے، اور اگر متعدد گوبکیں تلف ہوجائیں تو اس کے صرف یہی معنے ہونگے کہ دوسری گوبکیوں کو معمول کی نسبت کسیقدر زیادہ عرصہ تک کام کرنا پڑیگا۔ تندرست گوبکیں جسامت میں بھی بڑھ سکتی ہیں، لیکن بظاہر معلوم ہوتا ہے کہ جسم کو تازہ یا جدید گوبکیں بنا لینے کی قوت حاصل نہیں ہے۔

خون گوبک سے خارج ہونے کے بعد برآزندہ عرق (ب) کی راہ سے ہوتا ہوا اُنیبیبات کو رسد پہنچاتا ہے، اور گوبکی مقطر کیسہ سے باہر نکل کر اُنیبیب کے اندر چلا جاتا ہے۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ اُنیبیب کے اندر دو اعمال واقع ہوتے ہیں۔ خلیات خون سے یوریا اور سلفیٹ کا افراز کرتے ہیں، اور یہ دونوں ماتوے گوبکی سیال کے اندر خارج ہوجاتے ہیں، اسیطرح اِس سیال میں سے کلورائڈ، بائی کاربونیٹ، ڈیکسٹروس اور پانی پھر خون کے اندر جذب ہوجاتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ پانی کا بازانجذاب واقع ہونے کے لئے بعض اشیاء ضروری ہیں، جو جسم کے دوسرے حصوں سے حاصل کرکے گردوں تک لائی جاتی ہیں۔ اِن میں سے ایک مؤخر نخامیہ کا خلاصہ ضاغط العروق (vaso-pressin) ہے۔ غالباً پانی کا بازانجذاب سب سے آخر میں اُنیبیب کے ن سرے کی طرف واقع ہوتا ہے۔

بول میں کے اشیاء کو دو گروہوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے، اِس لحاظ سے کہ وہ سرسری طور پر اُسی ارتکاز میں موجود ہیں جیسے کہ خون میں، یا گردوں نے اُن کے ارتکاز کو اور زیادہ بلند کر دیا ہے (ملاحظہ ہو جدول صفحہ 422 پر)۔ پہلے گروہ میں کلورین، سوڈیم، کیلسیئم اور میگنیسیم شامل ہیں، اور دوسرے گروہ میں یوریا، یورک ایسڈ، کریٹینی نین (creatinine)، اِنڈیکن (indican)، فاسفیٹ، سلفیٹ، اور پوٹاسیئم۔ ایک دلکش خیال یہ ہے کہ اول الذکر سب کے سب گوبک سے مقطر ہوتے ہیں اور جزئی طور پر پھر جذب ہوجاتے ہیں، اور آخر الذکر کا افراز اُنیبیبات سے ہوتا ہے۔ اگر یہ درست ہے تو

پھر یہ نہایت آسان طریقہ ہے کہ اِس پر غور کیا جائے کہ گردے کی مختلف ساختوں میں امراضیاتی تغیرات واقع ہو جانے کا اثر خون پر اور بول پر کیا ہوگا۔ اور پھر یہ دیکھا جائے کہ آیا مرضِ برائٹ کے سریری اقسام اِن امکانات سے متناظر ہیں یا نہیں۔

لیکن پہلے کلوی سرحلمہ کے وظیفہ کو دو نقطہائے نظر سے دیکھنا چاہئے:۔(۱) اُسے اُن اشیاء کو جو درحقیقت خون کا جزو ہیں، مثلاً البیومین اور دموی خلیات، بول سے روک رکھنا پڑتا ہے۔ (۲) اُسے فضلات کو خارج کرنا پڑتا ہے جن کو پیشاب کا بہاؤ دور کر دیتا ہے۔ یہ وظائف ایکدوسرے سے علیحدہ علیحدہ ماؤف ہو سکتے ہیں۔

۱۔ (الف) البیومین بولیت کے متعلق نظریات۔ ممکن ہے کہ کوئی زہر گویچی گچھے کے سرحلمہ کو متضرر کردے، اور اِسطرح متعدد سوراخ اتنے کافی بڑے پیدا ہو جائیں کہ جن کے اندر سے پروٹین کے نسبتہً چھوٹے سالمات گذر کر پیشاب کے اندر خارج ہو جائیں۔ یا شاید، جیسا کہ تازہ مشاہدات اِشارہ کرتے ہیں، یہ زہر ایک طرح کا موم ہے جو پلازما کا سطحی تناؤ کم کر دیتا ہے، اور اِسطرح پروٹین سرحلمہ میں کی طبعی فضاؤں میں سے خارج ہو جاتا ہے (13)۔ ایک ناقص دموی رسد، جیسی کہ مرض قلب میں واقع ہو سکتی ہے، یا جیسی کہ شریان کلوی کو کچھ عرصہ تک شکنجہ سے دبا کر تجربتہً پیدا کیجا سکتی ہے، کلوی سرحلمہ کو زخمی کر دیتی ہے، لہٰذا وہ بھی ایک امکانی عامل ہو سکتی ہے۔

519 (ب) کلوی اُذیما کے متعلق نظریات۔ طبعی حالت میں عروق شعریہ کے اندر کے خون اور بافتوں کے سیالات کے درمیان ایک توازن موجود ہوتا ہے، جس کی وجہ سے عروق شعریہ کے اندر سے سیال کا کوئی زائد ارتشاح نہیں ہونے پاتا۔ اِس توازن میں خون کا ولوجی دباؤ ایک اہم وظیفہ انجام دیتا ہے۔ نسبتہً چھوٹے پروٹینی سالمات کے نقصان کے یہ معنے ہیں کہ پلازما کا وہ ولوجی دباؤ جو پروٹینز کی وجہ سے ہوتا ہے بہت کچھ کم ہو جاتا ہے اور خون اور بافتوں کے سیالات کے درمیان کا توازن بگڑ جاتا ہے، چنانچہ سیال اور ملحات بافتوں کے اندر خارج ہو کر اُن کو اُذیمائی بنا دیتے ہیں، کیونکہ استسقائی سیال کا پروٹینی مافیہ بہت کم ہوتا ہے۔ یہ ایپسٹین کا نظریۂ اُذیما (Epstein's theory of œdema) ہے۔ اب یہ ایک غیر مشکوک واقعہ ہے کہ کلوی اُذیما میں پلازما کی ولوجی قوت کم ہو جاتی ہے اور سیرم البیومین، بھی جو کہ نسبتہً چھوٹے سالمات رکھتا ہے، سیرم

گلابیومین کے مقابلہ میں کم ہوجاتا ہے۔ لیکن راقم الحروف کی رائے میں اِن تغیّرات کو کلوی اُذیما کا سبب سمجھنے میں تین اعتراض وارد ہوتے ہیں:۔ (الف) کم ولوجی دباؤ کے یہ معنے ہونگے کہ گویکوں میں سے نسبتہً زیادہ تقطیری دباؤ ہوگا، چنانچہ وہ عامل جو سیال کو بافتوں کے اندر خارج کرتا ہے، پیشاب کے بہاؤ کو بھی زیادہ کردیگا۔ اِس سے ایک توازن پیدا ہوجائیگا۔ (ب) ایک مریض میں ۵۰۰ سی سی خون کے نقل الدم سے ادرارِ بول نہیں پیدا ہوا۔ اُس سے صرف البیومین بولیت زیادہ ہوگئی (39)۔ (ج) راقم الحروف کے ایک مریض میں اُذیما بہ سرعت رفع ہوگیا، لیکن سیرم کے اندر پروٹین پھر بھی بدستور پست قدر پر رہا۔ کلوی اُذیما کی توجیہ کے لئے دو دوسرے نظریے پیش کئے گئے ہیں:۔ (۱) یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ نظامی عروق شعریہ کسی تسمم کی وجہ سے متضرر ہوکر خون کے سیال حصوں کے لئے زیادہ نفوذپذیر ہوجاتی ہیں لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ کوئی سم کلوی مرض کی محض انھیں اصابتوں میں کیوں خون میں داخل ہوتا ہے جنمیں پروٹینی تفرقی حاصلات (protein catabolites) کے اخراج میں کوئی بڑی مزاحمت نہیں پیش آتی، اور بہت سے ایسے مریض جن کی کلوی کارکردگی نہایت خطرناک طور پر خراب ہوجاتی ہے، مثلاً ثانوی سکڑے ہوئے گردے (secondary contracted kidney) کی حالت میں اُذیما میں مبتلا نہیں ہوتے۔ (۲) یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ اُذیما اِس وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے کہ گردے کلورائڈ خارج نہیں کرسکتے، اور ملح محتبس رہ جائے تو پانی کا محتبس رہنا بھی ضروری ہے تاکہ جسمانی سیالات کی ہم تنشی قائم رہے، اور اِسطرح اُذیما پیدا ہوجاتا ہے۔ لیکن یہ بتلایا گیا ہے کہ پانی کی کثرت بجائے خود اُذیما پیدا کردیتی ہے (20)۔ تاہم اگر اس کے علاوہ ساتھ نمک بھی ملادیا جائے، تو اُذیما کا رجحان اور زیادہ ہوجاتا ہے۔ آخرالذکر نکتہ کا ثبوت راقم الحروف کی ایک اصابت سے ملتا ہے جسمیں علاجی اغراض کے لئے نمک اور پانی کا استعمال، پست دموی کلورائڈ کے باوجود نہ صرف (اُذیما کی وجہ سے) جسم کا وزن بڑھادینے کا موجب ہوا، بلکہ اس سے پیشاب کا بہاؤ بھی کم ہوگیا۔ اور کچھ عرصہ تک کم رہا۔ راقم الحروف کی رائے میں سادہ ترین اور نہایت اغلب نظریہ یہ ہے کہ اُذیما اُنیبیبوں کی مسدودی کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ چنانچہ گویکی متقطر، طبعی گویکوں سے اسقدر آہستہ ٹپکتا ہے کہ کلورائڈ طبعی کی نسبت بہت زیادہ

مقدار میں جذب ہوتا ہے اور اپنے ساتھ پانی کا مقررہ جزو بھی لے جاتا ہے - اذیما اُسوقت ہوتا ہے جبکہ پانی کی، یا پانی اور کلورائڈ کی کثرت لیجائے - اگر پانی قلیل ہو، مثلاً قے کیوجہ سے، تو ملح کا احتباس بغیر اُذیما کے واقع ہوتا ہے، جو کہ فرانسیسی مصنفین کا "خشک احتباس" ہے -

۲ - گردوں کے اخراجی وظائف - (الف) اگر گویکیں یا اُنبیبات بالکل مسدود ہوں تو کوئی سیّال یا ملحات گردے میں سے ہو کر ہرگز نہیں جا سکتے - اُسر البول پیدا ہو کر تمام اخراجی حاصلات کا خون میں اجتماع ہو جائیگا مثل اس حالت کے جبکہ دونوں حالبین حصات سے مسدود ہو جاتے ہیں - اگر جزئی مسدودی ہو تو پانی اور ملحات کے اخراج میں مزاحمت ہوگی، چنانچہ اگر مریض نے بہ افراط سیّال لیا تو اُذیما پیدا ہو جائیگا - اگر اُنبوبی ہر حلمہ میں حد سے زائد مداخلت نہ ہوئی ہو تو ممکن ہے کہ یوریا کا اخراج طبعی سے بہت نیچے نہ گرے، اور تا وقتیکہ حد سے زائد بلند درجہ کی پروٹین غذا نہ کھائی جائے یوریا خون کے اندر جمع نہ ہوگا - حاد التہابِ گردہ کی ایک شکل (خفیف التہابِ گردہ = nephritis mitis) میں جس میں اُنبیبات مسدود ہوتے ہیں یہی حالت ہوتی ہے - اگر گویکی اتلاف پایا جائے اور وہ آہستہ آہستہ واقع ہوا ہو، تو ممکن ہے کہ گویکیوں پر زائد دباؤ عمل میں آکر مزاحمت کی کامل تعویض ہو جائے، اور یہاں بھی اِس امر کو ملحوظ خاطر رکھنا دلچسپ ہے کہ جنگی اور مدنی التہاب گردہ (war & civilian nephritis) کی بعض اصابتیں، جہاںتک کہ گردے کی اخراجی قوتوں کا تعلق ہے، کامل طور پر شفایاب ہو گئی ہیں - لیکن نتیجہ یہ ہوا ہے کہ ایک مستقل ارتفاع الضغط پیدا ہو گیا ہے (17)-

(ب) اگر تنہا اُنبیبات ماؤف ہوں تو گویکی مقطّر طبعی طور پر حاصل ہوتا رہیگا اور خون کا دباؤ بلند نہوگا - تاہم یوریا کے ارتکاز میں خطرناک طور پر مداخلت ہو جائیگی - 52
یوریا، سلفیٹس، فاسفیٹس وغیرہ خون کے اندر محتبس رہ جائینگے اور ممکن ہے کہ مریض بلا کوئی دَورانی علامات پیدا ہوئے یوریا دمویت سے ہلاک ہو جائے، یہ ایسی حالت ہے جو جنگی التہابِ گردہ سے بھی پیدا ہو گئی ہے - اگر اُنبیبات کا صرف زیرین حصّہ ماؤف ہو تو مریض کو محض نہایت رقیق پیشاب ہوگا، لیکن گردے کی اخراجی قوت

غیر متاثر رہے گی ۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ ایسی حالت ، مؤخر نخامی خلاصہ کی عدم موجودگی کے باعث ملح ذیابطیس میں پیدا ہو جاتی ہے (7)۔

(ج) اگر گویکیں اور اُنبیبات دونوں ایک ہی وقت میں اور بتدریج ماؤف ہوجائیں ، تو اُس حالت کی توقع ہوگی جو ثانوی سکڑے ہوئے گردے (secondary contracted kidney) کی حالت میں بیان کی گئی ہے ۔ گویکیوں کی اضافی بخیر نفوذ پذیری کے باعث بلند دموی انضغاط اور بیش پرورده قلب پیدا ہوجائے گا ۔ اُنبیبات کے وظائف میں خلل واقع ہوجائیگا چنانچہ یوریا وغیرہ خون کے اندر جمع ہو جائیگا مریض کو مسلسل نہایت رقیق پیشاب ہوتا رہے گا جس کی کثافتِ نوعی پست ہوگی ۔ پانی کو جذب کرنے کی قابلیت نہ ہونے کے باعث اُذیما نہ ہونے پائیگا ۔ دبیب التہاب گرده (nephritis repens) کی اصابتوں کے لئے بھی یہی توجیہ درست ہے ، جنمیں گویکی اُنبوبی نظامات کے بڑے بڑے حصے بالکل تلف ہوجاتے ہیں اور اخراج کے کام کے لئے اُن کی ازحد کم تعداد باقی رہ جاتی ہے ۔

حاد گویکی انبوبی (سمّی) التہابِ گرده

[acute glomerulo-tubal (toxic) nephritis]

بحث اسباب ۔ یہ مرض ، جسے عام طور پر حاد التہابِ گرده (acute nephritis) کہتے ہیں ، ایک منتشر التہابِ گرده ہے ۔ فی الحال اِس کا اصلی سبب نامعلوم ہے ۔ تاہم عام غلبۂ آراء یہی ہے کہ یہ مرض سرایت کے باعث پیدا ہوجاتا ہے ، اگرچہ یہ سوال تصفیہ طلب ہے کہ آیا عضویات خود گردوں ہی میں بڑھتے ہیں ، یا محض جسم کے ایک بالکل جداگانہ حصے میں کے خرد عضویوں سے سمیات پیدا ہو جاتے ہیں جو گردوں کو ماؤف کر دیتے ہیں ؟ اِن میں سے بہت سی اصابتوں میں لوزتین عفونتی ہوتے ہیں اور حاد التہابِ گرده سے پہلے حاد التہاب لوزتین کا ہونا ایک بالکل عام واقعہ ہے ۔ اِن امور سے مترشح ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ مرکزی عفونت ہی اِس مرض کا اولی سبب ہو ۔ اِن اصابتوں میں متعلقہ خرد عضویہ نبفۂ سبحیہ ہوگا ۔ حمیٰ قرمزیہ (scarlet fever) اِس مرض کا ایک مشہور و معروف سبب ہے ، اور اِس حالت میں بالغوں کی نسبت

بچے زیادہ اکثر بتلائے مرض ہوتے ہیں ۔ بالعموم اِس کے علامات ابتداءً دورانِ نقیہیت میں ظاہر ہوتے ہیں، اور یہ التہابِ گردہ غالباً نبقی سبحی حملہ کے باعث ہوتا ہے ۔ بعض اوقات یہ نقیہیت نمودار ہونے سے پہلے ہی شروع ہو جاتا ہے ۔ تاہم شفاخانۂ عام میں جو بیمار ملے ہیں اُن میں اِس مرض کا سبب مُعدّ، حاد التہاب لوزتین اُس سے آٹھ گنا زیادہ عام پایا گیا ہے کہ جتنا حمیٰ قرمزیہ پایا جاتا ہے (7)- کئی دوسرے حموی امراض بعض اوقات حاد التہاب گردہ کا پیش خیمہ ہوتے ہیں - وہ یہ ہیں :- زکام، حادرثیت (acute rheumatism)، خسرہ (measles)، چیچک، ہیضہ، جُدیریا (varicella)، ٹائفس (typhus)، تپ معویہ، ذات الریہ، حمیٰ ناکسہ (relapsing fever)، خناق وبائی (diphtheria)، ہیناک کا پرپیورا (Henochs purpura)، تدرّن (tubercle)، آتشک اور عفونتی حالتیں، جن میں تقیح الصدر اور جلد اور جلد الراس کے زخم شامل ہیں - اِن میں سے بعض سرایتوں کے خرد عضوئیے قارورے کے اندر پائے گئے ہیں، مثلاً نبقات رئویہ اور عصیات محرقی ۔

بعض اوقات سردی اور نمی میں تکشّف، بالخصوص جبکہ مریض الکحل کے زیر اثر ہو، اِس مرض کا سبب مُعِدّ سمجھا جاتا ہے - اِس طرز کے، بہ ظاہر خود بخود پیدا ہو جانے والے التہابِ گردہ کی ایک نہایت عمدہ مثال وہ نام نہاد " خندقی التہابِ گردہ " ("trench nephritis") ہے، جو گذشتہ جنگ میں سپاہیوں میں پیدا ہوگیا - یہ التہاب صرف خندقوں کے سپاہیوں تک محدود نہ تھا - مرض کے ایسے ہی حملے دوسری لڑائیوں میں بھی ہو چکے ہیں، جن میں سے امریکی خانہ جنگی (American Civil War) قابل ذکر ہے - خندقی التہاب گردہ اور شہری مطب کے مریضوں میں ملنے والے حاد التہاب گردہ کے درمیان دراصل کوئی فرق نہیں ہے - حمل بھی التہابِ گردہ کا ایک کثیر الوقوع سبب ہے، اور یہ التہاب نہایت شدید قسم کا ہو سکتا ہے، جس کے ساتھ یوریا دمویت اور شبکیتی تغیرات بھی ہو سکتے ہیں ۔

مرضی تشریح ۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ گردہ کی جسامت طبعی ہو اور وہ خالی آنکھ سے طبعی شکل کا نظر آئے، جو اس امر کے پیش نظر کہ مریض نہایت اکثر حقیقی احتباس البول سے ہلاک ہوا ہے ایک حیرتناک واقعہ ہے ۔ ایسا خندقی التہاب گردہ اور

قرمزیتی التہابِ گردہ کی اصابتوں میں اُسوقت دیکھا گیا ہے جبکہ موت بہ سرعت واقع ہوگئی ہے ۔ دوسری اصابتوں میں گردہ کم و بیش متورم ہوتا ہے ۔ اُس کی شکل گول ہوتی ہے، وہ
521 تنیدہ اور لچکدار ہوتا ہے، اُس کا کیسہ بآسانی اتر آتا ہے، اور سطح معمول کی نسبت شاداب ہوتی ہے ۔ تراشنے پر اُس کا قشرہ بہت متورم نظر آتا ہے اور اُس کا رنگ رمادی مائل سرخ ہوتا ہے، اور امتلاء کی وجہ سے اہرام سیاہ سرخ رنگ کے ہوتے ہیں کہیں کہیں شوخ سرخ رنگ کے دھبے ہوتے ہیں :۔ اِن میں سے بعض تو ممتلی گوبکیں ہیں اور بعض چھوٹے نزفات ۔ اور دوسری اصابتوں میں گردے بہ شدت ممتلی، اور رنگ میں سیاہ سرخ یا چاکولیٹ کے رنگ کے ہوتے ہیں ۔ وہ خون میں شرابور ہوتے ہیں یا اُن سے خون ٹپکتا
ہے اور اُنھیں تراشنے پر اہرام اور بھی بے انتہا ممتلی نظر آتے ہیں ۔
خردبین سے دیکھا جائے تو اسوقت جبکہ التہابی تعامل شدید ہو (تیز التہاب گردہ =nephritis acris) گوبکی گچھے ایک تکاثری التہابِ گوبک کی وجہ سے متورم نظر آتے ہیں، اور اُن میں بہت سے کثیر الاشکال نواتی خلیے موجود ہوتے ہیں ۔ اُنبوبی سرحلمہ کے خلیات ایک متورم ذراتی تنخر ۔ مایہ ظاہر کرتے ہیں جس میں نوات غائب ہوتے ہیں، اور ورم سحابی یا البیؤمینی انحطاط موجود ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اُن میں زجاجی قطیرے موجود ہوں (زجاجی قطیری انحطاط) استسقائی، شحمی اور لیپائیڈی انحطاط کا بھی موجود ہونا ممکن ہے اور زجاجی سبائک موجود ہوتے ہیں ۔۔ مضاعف الانعطاف لیپائیڈی قطیروں کی موجودگی لیپائیڈی انحطاط ظاہر کرتی ہے ۔ رخنگی بافت اکثر اوقات اُذیمائی ہوتی ہے اور گرد گوبکی دررِیزش کے ساتھ کثیر الاشکال نواتی خلیے موجود ہوتے ہیں ۔ جب التہابی تعامل پست درجہ کا ہوتا ہے (خفیف التہابِ گردہ =nephritis mitis)، تو گوبکوں کا ہیکل اُذیمائی ہوتا ہے ۔ گچھوں کی شعریات کا درحلمہ متورم ہوتا ہے ۔ کیسۂ باؤمن کے سرحلمہ کا سحابی ورم اور لیپائیڈی انحطاط ہوتا ہے، اور کلوی انبیبیوں کے سرحلمہ کا نمایاں لیپائیڈی انحطاط موجود ہوتا ہے، اور اِن خلیتوں کے نوات انحطاط یافتہ ہوتے ہیں ۔ کیسئی فضاؤں میں حلوی اور البیؤمینی ملبہ اکثر اوقات موجود ہوتا ہے، اور اُنیبیبات میں زجاجی اور ذراتی سبائک موجود ہوتے ہیں (24)۔
امراضیات ۔ حاد التہاب گردہ کے حملہ کے دوران میں بیشتر کلوی وظائف

میں مداخلت واقع ہوجاتی ہے، لیکن ہر اصابت دوسری اصابت سے بہت مختلف ہوتی ہے۔ غیر پروٹینی نائٹروجنی اشیاء کا اخراج نہ ہوسکنے کے باعث خون کے اندر اُن کا تناظر احتباس پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ خون کے یوریائی مافیہ (urea content of the blood) کی زیادتی سے ظاہر ہوتا ہے، جو بعض اصابتوں میں بہت شدید ہوتی ہے (۱۸۰ ملی گرام فی صدی)، اگرچہ دوسری اصابتوں میں یہ زیادتی محض خفیف سی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اُذیما کی وجہ یہ ہو کہ ناقص گردی وظیفہ کے باعث گردے پانی اور ملحات کا اخراج نہیں کرسکتے۔ ڈایابٹیس کے اخراج میں کمی کبھی نہیں ہوتی۔ حاد التہاب گردہ کے اُذیما کے ساتھ انکماشی (systolic) اور انبساطی (diastolic) دونوں قسم کے ضغطِ دموی کا ارتفاع ہوا کرتا ہے۔ اِس کا اثر یہ ہے کہ گردوں کے اندر سے خون کا دوران زیادہ ہوکر سیلانِ بول کے جاری رہنے میں مدد ملتی ہے۔ جب اُذیما رفع ہوکر پیشاب کا حجم بڑھ جاتا ہے تو یہ ارتفاع ضغط دموی بہ سرعت کم ہوجاتا ہے۔

علامات۔ علامات کا آغاز اکثر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ زیادہ اکثر تو یہی ہوتا ہے کہ اُذیما پہلی علامت ہوتی ہے۔ جو مریض یا اُس کے دوستوں کے دیکھنے میں آتی ہے۔ جب مریض صبح بیدار ہوتا ہے تو اُس کا چہرہ پھولا ہوا نظر آتا ہے، اور بالخصوص آنکھوں کے نیچے سیال جمع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ دن کے گذرنے پر یہ رفع ہوجائے، لیکن اگر رات کے وقت پاؤں کو دیکھا جائے تو ٹخنوں کے بالکل نیچے ہی اُذیما موجود ہوتا ہے۔ درحقیقت تحت الجلد بافت میں انصباب کی خفیف مقدار موجود ہوتی ہے، جو قوت جاذبہ کے اثر سے ہمیشہ سب سے نیچے لٹکے ہوئے حصے کو تلاش کرتی ہے۔ دن کے وقت یہ انصباب پاؤں تک پہنچ جاتا ہے۔ نیند کی لیٹی ہوئی وضع میں یہ خود کو عام طور پر پھیلا دیتا ہے، لیکن پپوٹوں کی ڈھیلی بافتوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ اگر مریض بستر پر لیٹ جائے تو یہ چہرے اور پاؤں دونوں کو چھوڑ کر صفن پر کی بافت میں جمع ہوجائے گا، کیونکہ یہی اب سب سے زیادہ نیچے لٹکا ہوا حصہ ہے۔ چہرے کا پھولنا اس طریقہ کے بالکل متضاد ہے کہ جس طریقہ سے فشلِ قلب کے اُذیما کا آغاز ہوتا ہے، کیونکہ آخرالذکر اُذیما قوتِ جاذبہ کے اثر سے نیچے کی طرف منتقل ہوکر سب سے پہلے ٹانگوں میں نظر آتا ہے۔ حاد التہابِ گردہ کے اُذیما کی مدت بہت مختلف

ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ خفیف اصابتوں میں وہ ایک یا دو دن میں غائب ہوجائے۔ اِس کے
برخلاف ممکن ہے کہ وہ جاری رہے اور یہ اصابت بالآخر سپید بڑے گردے کی اصابت
بنجائے۔ اس اُذیما کے ساتھ ساتھ پیشاب کے حجم کی تقلیل اور البیومین بولیت بھی ہوتی
ہے۔ خراب ترین اصابتوں میں ممکن ہے کہ دن بھر میں بلند کثافتِ نوعی رکھنے والے بول کے
صرف چند ہی اونس خارج ہوں، اور ممکن ہے کہ البیومین کے بلند ارتکاز کی وجہ سے یہ
اُبالنے سے ٹھوس ہوجائے۔ نسبتۃً خفیف اصابتوں میں بول کا حجم نسبتۃً زیادہ ہوتا ہے
اور ممکن ہے کہ بول مکدر ہو اور اُس کا ایک رنگ بھی ہو، جو تازہ یا متغیر خون کی موجودگی
522 کے باعث پیدا ہوجاتا ہے، اور خون کی مقدار اور حالت کے لحاظ سے سیاہی مائل بھورا،
گہرا بھورا، پورٹر شراب کے رنگ کا، گلابی، یا واضح طور پر سرخ ہوسکتا ہے۔ بعض اصابتوں
میں ممکن ہے کہ دم بولیت موجود ہو، اور اُس کے ساتھ البیومین بولیت اِس سے زیادہ
نہو جتنی کہ خون کی موجودگی کی طرف منسوب ہوسکتی ہے (**نزفی التہاب گردہ**
=hæmorrhagic nephritis)۔ ایسی اصابتوں میں پیشاب کا حجم اکثر کم نہیں ہوتا۔

بالکل ابتداء ہی میں نبض سخت ہوجاتی ہے اور خون کا دباؤ مرتفع ہوکر بعض اوقات
۱۸۰ ملی میٹر تک پہنچ جاتا ہے۔ یہ ارتفاع صبح کی نسبت شب کو زیادہ ہوتا ہے۔ اصواتِ قلب
میں ترمیم ہوجاتی ہے۔ پہلی آواز (انکماشی) کی شدت زیادہ ہوجاتی ہے، اور دوسری
آواز (قاعدۂ قلب پر) کی بھی تفخیم واقع ہوجاتی ہے، یا اُس کی نوعیت جھنکار جیسی
ہوتی ہے۔

ممکن ہے کہ مریض کو بے کیفی محسوس ہو، اُس کی تپش کسیقدر بلند ہو۔ عدم اشتہا،
اور عموماً قے ہوتی ہے۔ دردِ سر کی شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے شراسیف پر درد ہو، جس کے
ہمراہ قے ہو لیکن راقم الحروف کا خیال ہے کہ وہ درد جو کہ گاہے کوکھوں میں بیان کیا
جاتا ہے، حاد التہاب حوض الکلیہ و الکلیہ پر دلالت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ عدم دمویت موجود
ہو۔ پھر ایک ایسی علامت تھی جو خندقی التہاب گردہ میں بیشتر اوقات دیکھی گئی۔
ممکن ہے کہ بعض اصابتوں میں یہ علامت پھیپھڑوں کے اُذیما کے باعث پیدا ہوئی ہو۔
شدید اصابتوں میں قلب متسع ہوجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ صدمۂ القلب باہر کی طرف
ہٹ جائے۔

حاد التہاب گردہ میں یوریا دمویت۔ ممکن ہے کہ اُن اصابتوں میں جن میں اُسر البول زیادہ ہو، یوریا دمویت طاری ہو جائے۔ (۱) ممکن ہے کہ یہ اپنے حیاتی کیمیائی تغیرات کے لحاظ سے اُس یوریا دمویت سے مشابہ ہو جو ثانوی منقبض گردے کے ساتھ ہوا کرتی ہے، اور جسے یوریا دمویت کی مزمن یا نہاکتی قسم (asthenic type) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 530)۔ (۲) لیکن یوریا دمویت کی ایک دوسری خاص قسم ہے، جسے حاد یا قوی قسم (acute or sthenic type)، یا بعض اوقات انشناجی (eclamptic)، یا تشنجی حاد یوریا دمویت (convulsive acute uræmia) کہتے ہیں، جو حاد التہاب گردہ کی نہایت ممیز خصوصیت ہے، اور جسکے ساتھ خون میں یوریا یا فاسفیٹ کا زیادہ احتباس نہیں ہوتا۔ اِس قسم میں دردِ سر اور قئے زیادہ شدید ہو جاتے ہیں، نبض سست ہوتی ہے، ممکن ہے کہ چین اسٹوکسی تنفس موجود ہو، اور تشنجات بھی ہوتے ہیں۔ دورانِ جنگ میں خندقی التہاب گردہ کے تجربہ سے ظاہر ہوا کہ یہ علامات دماغی اُذیما کی وجہ سے تھے، کیونکہ یہ ہمیشہ قطنی کچوکے سے موقوف کئے جا سکتے تھے اور دماغی نخاعی سیال پر بہت زیادہ دباؤ تھا۔ تشنجات کا سبب جمجمہ کی اندرونی جانب کے ساتھ دماغ کا مضغوط ہو جانا ہے۔ خون کے دباؤ کا ثانوی ارتفاع واقع ہو جاتا ہے۔ یہ خیال کیا گیا ہے کہ اِس قسم کی یوریا دمویت کلورائڈ کے احتباس کی وجہ سے ہوتی ہے (13)۔ اِس کے حملے معمولی صرع (epilepsy) کے حملوں سے نہایت قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ اِس میں اکثر ایک مختصر سا تننجی درجہ ہوتا ہے، اور پھر جوارح، چہرے، آنکھوں اور دھڑ کے تمام عضلات کے رجفی تشنجات (clonic convulsions) ہوتے ہیں۔ بیہوشی طاری ہو جاتی ہے، چہرہ کبود ہوتا، منہ میں پھینس ہوتا ہے، ممکن ہے کہ ریق خون آلود ہو، اور پتلیاں متسع ہوتی ہیں۔ چند منٹ کے بعد یہ تشنجات زائل ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ مریض کو فوراً ہوش آ جائے، اور پھر اُس کی عام حالت میں اصلاح شروع ہو جائے، کیونکہ تشنجات ہمیشہ ہی غیر موافق امارت نہیں ہوتے۔ دوسری اصابتوں میں مریض پر قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے، جو ممکن ہے کہ پھر تشنجات میں متبدل ہو جائے، اور یہ تشنجات کامل قوما کے وقفوں کے ساتھ مکرر ہوتے رہتے ہیں اور ممکن ہے کہ ایسے کامل قوما کی حالت ہی میں مریض مر جائے۔ تشنج کے دوران میں مریض کا تنفس تیز،

اور نبض صغیر و سریع ہوتی ہے۔ تپش مختلف ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ ۱۰۴ درجہ یا زائد
تک پہنچ جائے۔ ممکن ہے کہ واقعات کی یہ ترتیب زمانی کئی بار مکرر واقع ہو۔ اگرچہ کہ
صرعی الشکل حملہ اس قسم کی یوریا دمویت کا مشہور و معروف ظہور ہے، تاہم یہ اکثر غیر موجود ہوتا
ہے اور ممکن ہے کہ صرف دردِ سر اور قئے موجود ہو، اور عارضی محدود المقام شللات یا
فالج نصفی اور ہم آئین نیم بصری (homonymous hemianopia) یا کامل نابینائی
ہو (یوریا دمویتی کمنت =uræmic amaurosis)۔ ممکن ہے کہ آخر الذکر ایک
سے تین دن تک رہے، اور اکثر بالکل رفع ہو جاتی ہے۔ چونکہ حدقی تعاملات غیر متاثر
رہتے ہیں، لہذا غالباً یہ نابینائی اعلےٰ بصری مراکز کے انضغاط کے باعث پیدا ہو جاتی
ہے۔ ممکن ہے کہ صمم بھی دیکھنے میں آئے، اور ہذیان یا مانیا موجود ہو۔ یہ مختلف مظاہر
اکثر تشنجات سے پہلے یا بعد میں ہوتے ہیں۔

عینی تغیرات (ocular changes)۔ حاد التہاب گردہ کی اصابتوں
کی اکثریت میں شبکیہ کے اندر کوئی تغیرات دیکھنے میں نہیں آتے، بجز چھوٹے چھوٹے
کم و بیش مدوّر نزفات کے، جو کہ اُن اشخاص میں بھی واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں
جن کی صحت کمزور ہو رہی ہو۔ فاسٹر مور (Foster Moore) نے خندقی التہاب گردہ
کے ۱۱۹ مریضوں میں سے صرف ۵ مریضوں میں متعین تغیراتِ چشم پائے، جو آغاز مرض 523
کے تقریباً دو ماہ بعد نمودار ہوئے۔ ان مریضوں میں خون کا دباؤ اس سے زیادہ
بلند (اوسط ۱۸۰ ملی میٹر) تھا کہ جتنا باقیماندہ مریضوں میں تھا (اوسط ۱۴۳ ملی میٹر)
یہ تغیرات شبکیہ کی پشت پر ارتشاحات کی صورت میں تھے، جن کی وجہ سے اکثر شبکیہ
کی علیحدگی واقع ہو گئی تھی۔ یہ ارتشاحات شاحب، نرم کور والے، جبے کی شکل کے
اورام پائے گئے جو بعض مثالوں میں نصف قطری ترتیب میں ایک ستارہ بناتے تھے۔
ازاں بعد جب یہ ارتشاحات زیادہ وسیع ہو گئے تو یہ اورام باہم گھل مل کر ایک ہو گئے۔
نزفات بھی موجود تھے اور ارتشاحات کی وجہ سے قرص بصری کی کوریں مبہم یا دھندلی
ہو گئی تھیں (التہابِ حلیمۂ بصری =papillitis)۔ شدید اصابتوں میں قرص کا ورم
اسقدر نمایاں ہوتا ہے کہ شبکیتی عروق کو بالکل چھپا دیتا ہے، اور یہ حالت دماغی سلعہ
کے تہیج حلیمہ (papillœdema) سے مشابہ ہوتی ہے۔ زیادہ اکثر ایک خفیف سا

اُبھار ہوتا ہے، لیکن منتشر عتمیت آس پاس کے شبکیہ پر دور تک پھیل جاتی ہے۔ یہ مختلف تغیرات مزمن سنخیتی التہابِ گردہ میں زیادہ اکثر دیکھے جاتے ہیں۔ اِن کا سبب سمّی فعل سمجھا جا سکتا ہے۔ ما سبق التہاب سے شبکیہ اور حلیمہ کا ذبول واقع ہو سکتا ہے۔ ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۔

ثمر۔ مریضوں کی اکثریت میں یوریا دمویتی تشنجات بالکل ہوتے ہی نہیں۔ چند دنوں یا ایک دو ہفتوں کے بعد حالت میں اصلاح شروع ہو جاتی ہے، اکثر بالکل ناگہانی طور پر۔ جوں جوں استسقاء غائب ہوتا جاتا ہے، پیشاب کا حجم بہت بڑھتا جاتا ہے۔ خون کا دباؤ گر کر طبعی ہو جاتا ہے۔ البیومین اور خون زیادہ تدریجی طور پر غائب ہوتے ہیں، اور اُن کی تھوڑی تھوڑی مقداریں ہفتوں بعد تک خارج ہوتی رہتی ہیں۔

لیکن حاد التہابِ گردہ کا ثمر کئی طریقوں سے نسبتہً کم موافق ہو سکتا ہے۔ مریضوں کے تھوڑے تناسب میں یوریا دمویت کی وجہ سے موت بہ سرعت واقع ہو جاتی ہے۔

دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ علامات جاری رہیں۔ یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ حملۂ حاد کے دوران میں تمام کلوی وظائف میں خلل واقع ہو جاتا ہے، لیکن اِن میں بعض وظائف کی بحالی پہلے ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ ادرارِ بول جلد ہو کر اُذیما غائب ہو جائے، لیکن مریض پھر بھی بیمار رہتا ہے۔ خون کے اندر یوریا کی فیصدی مقدار زیادہ رہتی ہے، یا اگر یہ بہت زیادہ مرتفع نہ ہو، تو گردوں کی یوریا کے ارتکاز کرنے کی قوت ناقص ہوتی ہے۔ پیشاب کے اندر ڈایاسٹیس کم ہوتا ہے۔ پیشاب کا حجم طبعی یا بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ اُس میں البیومین موجود ہوتا ہے، لیکن زیادہ بڑی مقداروں میں نہیں۔ یہ ہے اَزوت دمویتی قسم (azotæmic type) کے التہابِ گردہ کی تصویر، اور بالآخر اس سے ثانوی منقبض گردہ پیدا ہو جاتا ہے۔

اِس کے برعکس ممکن ہے کہ اُذیما جاری رہے۔ خون کے اندر یوریا کی فیصدی مقدار جلد ہی طبعی ہو جاتی ہے۔ پیشاب کا حجم کم ہوتا ہے، لیکن البیومین کی فیصدی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔ ایسی اصابتیں التہابِ گردہ کی آبِ دمویتی قسم (hydræmic type) کی نوعیت رکھتی ہیں، اور اُن کے لئے داءالکلیہ (nephrosis) کی اصطلاح اِس مفروضہ کی بناء پر استعمال کی گئی ہے کہ اُن میں ثانوی منقبض گردے کے ساتھ قلبی

بیش پرورش وغیرہ کی حالت کی طرف ترقی کرنے کا کوئی رجحان نہیں ظاہر ہوا، اور یوریا کا ارتکاز طبعی تھا۔ لیکن اِس امتیاز کی کوئی معقول وجہ نہیں، اور راقم الحروف نے ایک تمثیلی اصابت میں دیکھا ہے کہ "یوریا کی برآمد کی شرح" اور "دموی یوریا کا انخلاء" طبعی درجہ سے کم تھا، اگرچیکہ "یوریا کا ارتکاز" بظاہر بلند درجہ کا تھا۔ یہ اصابت بالآخر تحت الحاد گوپکی انبوبی التہاب گردہ کی اصابت بنجاتی ہے۔

اور دوسری اصابتوں میں اُذیما اور بولی علامات رفع ہو کر بالکل صاف ہو جاتے ہیں۔ صرف خون کے دباؤ کی بلندی باقی رہتی ہے لیکن کوئی کلوی خرابی نہیں ہوتی۔

بالآخر، دو اور گروہ ہیں:۔ اِن میں سے ایک میں سائنک یا کلوی خرابی کے امارات کے بدوں ایک رِستے گردے (leaky kidney) سے مسلسل خفیف البیوُمین بولیت ہوا کرتی ہے۔ دوسرے میں مریض سالہا بعد تک وقفہ وار نزفی التہابِ گردہ (intermittent hæmorrhagic nephritis) میں مبتلا رہتا ہے، لیکن اِس میں بھی کلوی خرابی کے کوئی امارات موجود نہیں ہوتے، اور مرض کا حملہ زکام یا کسی دوسری حاد سرایت کے باعث پیدا ہو جاتا ہے (17)۔

تشخیص۔ اِس میں شاذ ہی کوئی دقت پیش آتی ہے۔ ایک ایسے شخص میں جو پہلے بالکل تندرست تھا، یا قرمزیہ یا دوسری کسی تپ کے بعد شفایاب ہو رہا ہے، استسقائے عمومی کا یکایک ظہور، جس کے ساتھ البیوُمین بولیت یا دم بولیت بھی ہو، شاذ ہی غلطی سے کوئی دوسری چیز سمجھا جا سکتا ہے۔ اگر کسی حاد مرض کے دوران میں صرف یہ ہو کہ البیوُمین کی قلیل مقدار پائی جائے، تو ممکن ہے کہ یہ بہ مرحلہ کے ایک تغیرّ کے باعث ہو، جو عموماً التہابِ گردہ نہیں خیال کیا جاتا، اگرچہ وہ اُس حالت سے دراصل مختلف نہیں ہوتا جو تمثیلی اصابتوں میں حقیقۃً واقع ہوتی ہے۔ حوضی کلوی التہاب (pyelonephritis) میں اکثر کوکھ میں بہت درد، اور پیشاب کے اندر قیحی خلیے موجود ہوتے ہیں، لیکن البیوُمین بولیت خفیف سی ہوتی ہے۔

اِنذار۔ مجموعی حیثیت سے یہ موافق ہوتا ہے، کیونکہ ۶۰ اور ۷۰ فیصدی کے

524 درمیان مریض کلی طور پر شفایاب ہوتے ہیں (17)۔ ناموافق دلالتیں یہ ہیں:۔ حد سے زائد استسقاء، نہایت قلیل المقدار بول یا اُسر البول، خون میں یوریا کی زیادتی، نبض کا

بہت زیادہ تناؤ، نہاکتی یوریا دمویت، یا وہ آخری حالت جبکہ نبض ضعیف کے ہمراہ صریحی فشل پذیر قلب، اور استسقاء الصدر (hydrothorax)، اور مصلی التہابات ہوتے ہیں لیکن اِن خطرناک خطرات میں سے شاذ ہی کوئی ایسا ہوتا ہے کہ جس سے شفا نہ ہو جاتی ہو، اور بعض اوقات ممکن ہے کہ مریض مہینوں تک لبِ گور رہنے کے بعد بھی بالآخر بالکل اچھا ہو جائے ۔ نز فی التہاب گردہ کا انذار اچھا ہوتا ہے، کیونکہ قیاساً گردوں میں سے خون کا آزادسیلان ہوتا ہے ۔

تحریز ۔ یہ پایا گیا ہے کہ حمیٰ قرمزیہ کی نیتہیت کے دوران میں قلویات کا استعمال (روزانہ ۲۰۰ گرین تک) بیشتر اصابتوں میں التہابِ گردہ کے حملہ کو روک دیگا، اور حاد التہابِ لوزہ میں بھی، جب التہاب گردہ کا خطرہ ہو تو اسی تحریزی تدبیر کا اختیار کرنا بہتر ہے (36)۔ اس امر کی کچھ شہادت موجود ہے کہ اگر کوئی عفونتی مرکز مل جائے، تو اس کا استیصال کرنے سے آئندہ حملے رک جاتے ہیں (37)۔

علاج ۔ بستر میں آرام اور گرمی پہنچانا ضروری ہیں ۔ مختلف اغذیہ کی سفارش کی گئی ہے ۔ معمولی غذا دودھ، نشاستہ آمیز اغذیہ، پھلوں اور سبزی ترکاری تک محدود رکھی جاتی ہے، اور سیال کا حجم، اُس دودھ کے ۱ - ½ ۱ پائنٹ تک محدود رکھا جاتا ہے جو کہ دیا جاتا ہے ۔ بعض طبیب، ابتدائی درجوں میں، غذا کو پروٹین کلورائڈ اور سیال کے لحاظ سے نہایت شدت کے ساتھ محدود کر دیتے ہیں اس امید میں کہ جلد ہی اِدرارِ بول ہو کر شفا ہو جائیگی ۔ پہلے ایک یا دو دن، ایک بچے کے لئے ½۱ پائنٹ پانی میں گلوکوس دیا جا سکتا ہے، اور اِس کے ہمراہ شکر جو (barley-sugar) چوسنے کے لئے زائد دی جاتی ہے ۔ اِس کے بعد پھل، سبزیاں اور بعض اناج، اور بے نمک (rusks) بسکٹ، مکسن، بالائی اور مربہ (jam) دئے جاتے ہیں ۔ پیشاب کو ذرا قلوی رکھنے کے لئے سوڈیم بائی کاربونیٹ اور پوٹاسیم سائٹریٹ (مساوی مقداروں میں) کی شکل میں کافی قلیات لینے کی ہدایت کر دینی چاہئے ۔ پیاس کو بجھانے کے لئے کافی سیال دینا چاہیئے، اگرچہ جسم میں نمایاں اذیما موجود ہو پیاس غالباً تکلیف دہ نہیں ہوتی ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ تازہ پھل اور سبزیاں مثلاً کچے ٹماٹر اور کچی گاجریں دی جائیں (شروع میں بغیر پانی کا اضافہ کئے)، اور جونہی کہ اذیما کم ہو جائے، تین انڈوں کی زردی، شکر

اور نارنگی کے رس کے ہمراہ ملاکر، اور گوشت، بشمول جگر کے، اور پھر بے نمک رسک (rusks) اور مکھن دیا جائے (38)- دیگر طبیبوں نے اس کے بالکل برعکس یعنی بلند پروٹینی غذا [گوشت، مچھلی، چوزہ، انڈے، پلازمان (plasmon)] دینے کی ترکیب آزمائی ہے تاکہ تحول میں پیدا ہونے والے یوریا کا مدرالبول اثر حاصل ہو، یا شہد اور پھل کے رس کے ہمراہ پینے کے لئے زائد یوریا دیا گیا ہے - اس غذا کے ہمراہ قلی بھی دینی چاہئے جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے -

دورانِ نقیہیت میں خون کی حالت بحال کرنے کے لئے لوہا دینا چاہئے لیکن اُسے ابتدائی درجوں میں استعمال کرنا اچھا نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 431)- استسقاء کے علاج پر بعد میں غور کیا جائیگا - جہاں لوزتین عفونتی ہوں ان کا استیصال کر دینا مناسب ہے، اور یہ حاد التہاب گردہ کے دوران میں کامیابی کے ساتھ انجام دیا گیا ہے دوسرے عفونتی مرکزوں کا بھی تدارک لازم ہے -

حاد یوریا دمویت - اِس کا پیش خیمہ خون کے دباؤ کا ارتفاع ہے جس کے متواتر مفروآت حاصل کرنا مناسب ہے - اکثر بازو کی فصد لینے سے تشنجات نہ ہونے پائینگے، اور ۱۰ تا ۲۰ اونس خون بلاخطر نکالدیا جا سکتا ہے، اگرچہ بالعموم شدید کلوی مرض کے مریضوں کا زیادہ خون ضائع نہیں ہونا چاہئے تشنجات کو روکنے کا ایک مفید طریقہ قطنی کچھ کا ہے - یہ امر خندقی التہاب گردہ میں واضح طور پر ثابت ہوگیا ہے لیکن جیسا کہ دماغی سلعہ میں ہوتا ہے، سوراخ کلاں کے مقابل ایک فشاری مخروط بنجانے سے ناگہانی موت واقع ہوجانے کا کسیقدر خطرہ ہوتا ہے - ایک جدید طریقہ، علاج میگنیسیم سلفیٹ کا ۲۵ فیصدی محلول دروں وریدی طور پر مشرب کرنا ہے، جس کی مقدار، وزن جسم کے ہر کلو میٹر کے پیچھے ۲ مکعب سنٹی میٹر ہوتی ہے - ۵۰ فیصدی گلوکوس دروں وریدی طور پر مشرب کرنے سے خون کا ولوجی دباؤ زیادہ ہوکر دماغی اذیما کا ازالہ کیا جا سکتا ہے - متذکرہ بالا طریقوں کی تکمیل کے لئے مسکّن ادویہ یعنے کلورل ہائڈریٹ (chloral hydrate) ۵ تا ۱۵ گرین براہِ دہن، ہر چوتھے گھنٹے، یا ۳۰ گرین براہِ مستقیم، یا کلوروفارم کے چند کشوں کا استعمال کیا جا سکتا ہے تشنجات کے وقت مریض کی زبان کی حفاظت کے لئے اُس کے دانتوں کے درمیان لکڑی کا

ایک ٹکڑا ا رکھدینا چاہئے، اِسیطرح جسطرح کہ صرع میں کیا جاتا ہے ۔
حاد مرکزی التہاب گردہ ۔ حاد التہاب گردہ کی یہ قسم اب تسلیم کرلی گئی ہے
اور اس میں گردہ میں چکنی دار تغیرات واقع ہوتے ہیں، جن کے نتیجہ کے طور پر دم بولیت
اور/یا البیومین بولیت اور سبائک پائے جاتے ہیں، لیکن صحت مند بافت کی اتنی کافی
وسعت باقی رہتی ہے کہ تمام اخراجی وظائف انجام پاتے رہتے ہیں اور اس لئے اذیما
یا دوسرے علامات نہیں پیدا ہوتے ۔ حاد التہاب لوزتین کی "حموی البیومین بولیت" اس
مرض کی مثال ہوسکتی ہے ۔ فوری انذار نہایت عمدہ ہوتا ہے، لیکن اس امر کا اطمینان حاصل
کرنا ناممکن ہوتا ہے کہ کہیں یہ مرض ثانوی منقبض گردہ کی ابتدا نہ ثابت ہو۔ علاج وہی ہے 525
جو کہ حاد منتشر التہاب گردہ کا ہے ۔ "مرکزی التہابِ گردہ" کے نام سے شاید یہ مترشح ہو کہ
یہ مرض لوزتین کی مرکزی عفونت وغیرہ کے باعث پیدا ہوتا ہے لیکن اس اصطلاح کو ان معنوں
میں استعمال نہیں کیا جاتا ۔ لازماً مرکزی عفونت سے حاد منتشر التہابِ گردہ یا حاد مرکزی
التہابِ گردہ دونوں پیدا ہوسکتے ہیں ۔

تحت الحاد گویچی اُنبوبی (سمی) التہاب گردہ

[subacute glomerulo-tubal (toxic) nephritis]

مزمن سنخیتی یا اُنبوبی التہاب گردہ

(chronic parenchymatous tubal nephritis

بڑا منقط یا سپید گردہ (large mottled or white kidney)

تحث اسباب ۔ التہاب گردہ کی یہ منتشر قسم درجۂ حاد کے نتیجہ کے طور پر
پیدا ہوسکتی ہے ۔ لیکن بعض اوقات اس کا آغاز اسقدر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے کہ تشخیص
ہونے سے پہلے ہی گردے میں التہابی تغیرات اُس درجۂ نمو تک پہنچ جاتے ہیں ۔
مرضی تشریح ۔ بڑا منقط یا سپید گردہ (large mottled or white kidney)
اِس لحاظ سے موسوم ہوتا ہے کہ اُس میں نزفات غالب ہیں یا شحمی تغیرات
دونوں گردے ملاکر ۸۰۰ گرام وزن کے ہوتے ہیں ۔ اکثر اُن کا وزن ۵۰۰ گرام ہوتا ہے ۔
اُن کی سطح چکنی ہوتی ہے اور کیسہ بآسانی اتر آتا ہے ۔ یہ سطح زردی مائل یا رمادی مائل

سپید رنگ کی ہوتی ہے، اور وریدکوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جو ایک مرکزی نقطہ سے متشعع ہوتی ہیں (اُوردۂ نجمیہ =stellate veins)۔ تراشنے پر، قشرہ معمول کی نسبت زیادہ چوڑا ہوتا ہے، اُس کا رنگ وہی ہوتا ہے جو سطح کا اور ساتھ ہی اُس میں موٹے تخطط کا منظر ہوتا ہے، لیکن اہرام کم و بیش سیاہ سرخ ہوتے ہیں۔ نزف کے باعث کہیں کہیں سرخ داغ ہوتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے گوبکیں ترقی التہاب کا ثبوت دیتی ہیں گوبکو کا تکاثری التہاب موجود ہوتا ہے، جس میں گچھے کا صریح تفصفص ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ گچھا متورم ہو۔ گچھوں اور کیسہ کے مابین انضمامات ہوتے ہیں۔ کیسہ کو استر کرنے والے درعلمی خلیتوں کے تکاثر سے ایک نیم قمر (demilune) بنجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ گوبک کا درونہ جزءً یا کلاً مطموس ہو جائے۔ ممکن ہے کہ گچھا بالآخر کلاً یا جزءً زجاجی بنجائے۔ یہ زجاجی تحجر ساری التہاب دروں قلبہ کے مرکزی سدادی التہاب گردہ سے بالکل مختلف ہوتا ہے۔ ملتف اُنبوبیات میں نمایاں تغیرات ویسے ہی دیکھے جاتے ہیں جیسے کہ حاد التہاب گردہ میں بیان ہو چکے ہیں۔ قشرہ کے سپید یا رمادی رنگ کی توجیہ یہ ہے کہ غیرشفاف مادہ سے سبائک بن کر انبوبات کو متمدد کر دیتے ہیں، جو عروق کو مضغوط کرتے ہیں۔ رخنکی بافتہ کی زیادتی، جو کچھ تو اذیما ہے اور کچھ لیفی ناہضات کے فعال تکاثر کے باعث ہوتی ہے، قشرہ کے طول و عرض میں وسیع طور پر منتشر ہوتی ہے، اور بین انبوبی بافت بیقاعدہ طور پر سپید خلیتوں سے دُرریختہ ہوتی ہے۔

علامات ۔ اگر گوبکی اُنبوبی التہاب گردہ کا یہ درجہ ایک حاد حملہ کے بعد فی الفور واقع ہو جائے تو پیشتر بیان کردہ علامات، یعنی استسقاء عمومی، مصلی کہفوں میں انصباب، اور قلیل البیومنی بول جاری رہتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ حاد حملہ سے بظاہر شفا ہو کر کچھ وقفے کے بعد علامات مکرر نمودار ہو جائیں۔

اُن اصابتوں میں، جن میں حملہ مرض غیرمحسوس طور پر ہوتا ہے، شحوب، عدم اشتہا، متلی، دردِسر اور متواتر تبول پہلے امارات ہوتے ہیں، اور پھر ممکن ہے کہ شب کے وقت جوارح زیریں میں اور صبح کے وقت پپوٹوں میں اذیما دیکھا جائے۔ استسقاء بتدریج بڑھ جاتا ہے۔

ترقی یافتہ اصابتوں میں استسقاء عمومی ہو کر سارے جسم کی جلد اذیمائی ہو جاتی ہے،

چہرہ بھرا ہوا اور گول ہو جاتا ہے، پپوٹے پھولے ہوئے ہوتے ہیں اور آنکھوں کو تقریباً بند کر دیتے
ہیں۔ جوارح بڑے اور بدشکل ہو جاتے ہیں اور لمبے گاؤ تکیوں کی مانند نظر آتے ہیں۔ دھڑ
بڑا ہو جاتا ہے۔ قضیب اور صفن کی ڈھیلی جلد ایسی تن جاتی ہے کہ غلفہ ایک چھلنے کی طرح نظر
آتا ہے، اور ممکن ہے کہ صفن کی جسامت جنین کے سر کے برابر ہو جائے۔ جہاں کہیں خفیف سا
دباؤ پڑتا ہے، مثلاً طبیب کی انگلی سے، یا بندھنوں، ڈوریوں، یا لباس کے شکنوں سے تو وہ
سیال کو ہٹا کر ایک گہرا نشان پیدا کر دیتا ہے جو سیال کی واپسی سے محض آہستہ آہستہ مٹتا ہے
اسی کو تقعیر عند الضغط (pitting on pressure) کہتے ہیں۔ اس کے علاوہ استسقاء
کی توزیع پر جاذبہ کا اثر نظر آنا ممکن ہے، کیونکہ اگر مریض زیادہ عرصہ تک ایک ہی کروٹ سے
لیٹا رہے تو اس جانب کا ہاتھ، دوسرے ہاتھ کی نسبت جو اوپر ہے، زیادہ متورم ہو جائیگا! اور
یہی حال چہرے کی اس جانب کا ہوگا۔ جب یہ استسقاء عمومی یا استسقائے کلی موجود
ہوتا ہے تو بالعموم کچھ انصبابات کہفہ باریطونی کے اندر (استسقائے شکمی =ascites)، 526
سینہ کی ایک جانب یا زیادہ اکثر دونوں جانبوں میں (استسقاء الصدر =hydrothorax،
یعنی پلیورا کا استسقاء) اور شاید تاجِ تاموری کے اندر بھی موجود ہوتا ہے۔ اِن میں سے
اِستسقائے شکمی شاید سب سے زیادہ اکثر شناخت ہو جاتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ تاموری
اور پلیورائی انصبابات مقابلتہً خفیف سے ہوں۔ ممکن ہے کہ پھیپھڑوں کا اُذیما موجود ہو،
جو کوئی طبیعی امارات نہیں پیدا کرتا البتہ بُہر پیدا کر دیتا ہے! اور ممکن ہے بلعوم اور حنجرہ کا اُذیما
بھی ہو۔ جیسا کہ حاد گہیکی انبوبی التہاب گردہ میں ہوتا ہے، یہ مریض بھی کبھی دماغی اُذیما کی
وجہ سے حاد یوریا دمویت میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔

اگر جلد کے اندر شگاف دیئے جائیں، یا اگر ساؤدی (Southey) کے ایک یا دو
مسیل انبوبات لگا دیئے جائیں تو سیال کی ایک مقدار بہہ کر خارج ہوگی، جو ممکن ہے کہ
چند ہی گھنٹوں میں ۸ یا ۱۰ پائنٹ کے قریب ہو جائیگی، اور استسقائی جوارح بہ سرعت نسبتہً
چھوٹے ہو جائینگے۔ یہ سیال بے رنگ ہوتا ہے، اِس کی کثافت نوعی پست (۱۰۰۷ تا ۱۰۱۲)
ہوتی ہے، اور اس میں البیومن کی تھوڑی مقدار، غیر نامیاتی نمکیات، اور یوریا موجود ہوتے ہیں۔
ایک خاصہ جو کلوی استسقاء میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے یہ ہے کہ نہایت بلند درجہ کا شحوب پیدا
ہو جاتا ہے، جس کی وجہ سے ہونٹ تقریباً بے رنگ، اور گال شاحب ہو جاتے ہیں، اور

سارے جسم میں ایک موم سی سپیدی موجود ہوتی ہے - یہ اکثر عدمِ دمویت کے باعث نہیں ہوتا، بلکہ جلد اور تحت الجلد بافتوں کے متمدد ہوجانے کی وجہ سے ہوتا ہے -

سنخیتی التہاب گردہ میں پیشاب قلیل المقدار ہوتا ہے، اُس میں البیومن بہت یا وہ (فی ہزار حصہ ۲۰ یا ۳۰ حصے تک) ہوتا ہے، اور اُس میں جملہ اقسام کے سبائک موجود ہوتے ہیں - بڑے سپید گردے کی اصابتوں میں جن میں کلوی سرحلمہ کا زیادہ شحمی یا لیپائڈی انحطاط ہوگیا ہو، کثیر التعداد شحمی یا لیپائڈی سبائک موجود ہوتے ہیں - اِن کے ساتھ خون کے سپید خلیے، ڈھیلے سرحلمی خلیے، اور ذراتی ملبہ ہوتے ہیں - بعض اصابتوں میں پیشاب میں بہت خون موجود ہوتا ہے -

خون کے اندر کولیسٹرال زیادہ ہوجاتا ہے، لیکن یوریا نیز غیر پروٹینی نائیٹروجن) طبعی مقدار سے لیکر کامل یوریا دمویتی اعداد (شلاً ۱۰۱ فیصدی سے اوپر) تک اختلاف پذیر ہوتا ہے - کہنہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ قلبی عروقی تغیرات اُسیطرح کے موجود ہوں جیسے کہ ثانوی منقبض گردے میں ہوتے ہیں بعض اصابتوں میں وہ شبکینی تغیرات بھی موجود ہوتے ہیں، جنکا تذکرہ حاد التہاب گردہ کے تحت کیا گیا ہے - شبکیہ کا وسیع اُذیما ممکن ہے کہ اس کی علیحدگی واقع کردے -

مزمن سنخیتی التہاب گردہ میں، اور اِسیطرح حاد التہاب گردہ میں بھی، مصلی جھلیوں میں التہاب پیدا ہوجانے کا رجحان ہوتا ہے - ذات الجنب عام ترین ہے التہابِ تامور (pericarditis) اکثر ایک مہلک خاتمہ کا پیش خیمہ ہوتا ہے - حاد التہاب باریطون شاید زیادہ شاذ ہوتا ہے، اِلّا یہ کہ وہ بزلِ شکم (tapping of the abdomen) کے بعد ہوجائے - التہابِ شعبات ایک عام، اور التہاب دروں قلبہ (endocarditis) ایک اتفاقی پیچیدگی ہوتی ہے - اکثر خاتمہ کے قریب ذات الریہ کا وقوع ہوجاتا ہے - تقرحی التہاب قولون (ulcerative colitis) کسیقدر مخصوص و ممیز پیچیدگی ہے - جلد کے کئی ضررات مرض برائٹ کی پیچیدگی کے طور پر پیدا ہوسکتے ہیں، یعنے :- (۱) خارشس (pruritis) اور شری (urticaria)، اول الذکر بالخصوص ابتدائی درجات میں، (۲) اکزما (eczema)، (۳) حاد عمومی التہابِ الجلد، جس کے ساتھ آزادانہ تقشر ہوتا ہے، جو تسلخی التہاب الجلد (exfoliative dermatitis) سے غیر مماثل نہیں - (۴) اِحمرار

(erythema) کی چکتیاں، جو استسقائی جوارح کو ماؤف کر دیتی ہیں۔ (۵) سرخ بادہ (erysipelas)۔ (۶) پرپورا یا نزف، جس کے بعد تنخر اور تقرح ہو۔ یہ حالتیں غذائی مخاطی اغشیہ میں بھی مشاہدہ کی گئی ہیں، اور (۷) نہایت شاذ طور پر جلد کا منظر ایسا ہو جاتا ہے کہ گویا اس پر آٹا یا پسی ہوئی شکر چھڑک دی گئی ہو۔ یہ غالباً پسینہ کی تبخیر کے باعث ہوتا ہے، جس کے بعد جلد پر نمک کی قلمیں رہ جاتی ہیں۔

عمر۔ مریضوں کی اکثریت میں یہ مرض مہلک ہوتا ہے۔ بیشتر اصابتوں میں موت کا سبب پیچیدگیاں ہوتی ہیں، جیسی کہ ذات الجنب، التہاب تامور، ذات الریہ، اُذیمائے شش، اُذیمائے مزمار، استسقائے مُفرِط، فشلِ قلب، یا جلد کا التہاب یا اغشاء۔ اور موت عموماً چھ سے اٹھارہ مہینوں تک میں واقع ہو جاتی ہے، اگرچہ بعض مریض تین یا چار سال تک زندہ رہتے ہیں۔ بولیادمویت عموماً بذاتہٖ موت کا سبب نہیں ہوتی۔ چند مثالوں میں ممکن ہے کہ مرض رفع ہو کر بالکل غائب ہو جائے۔ کہنہ اصابتوں میں وہ مختلف تغیرات واقع ہو سکتے ہیں جو ثانوی منقبض گردہ کا ممیز خاصہ ہیں۔

تشخیص۔ جب حاد التہابِ گردہ متغیر ہو کر مزمن التہابِ گردہ بنتا ہے تو یہ تدریجی طور پر ہوتا ہے، چنانچہ اِن دونوں کے درمیان سریری طور پر تفریق کسیقدر مصنوعی ہوتی ہے۔ حاد مرض کی مدت عموماً چار سے چھ ماہ تک سمجھی جاتی ہے، چنانچہ اگر مرض اِس سے زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہا ہے تو مزمن التہابِ گردہ کی تشخیص کی جائیگی۔ اِسے ثانوی منقبض گردہ سے تمیز کرنے میں کوئی دقت نہو گی۔ ممکن ہے کہ یہ چربشی مرض (lardaceous disease) یا اوّلی مرضِ قلب کے ساتھ (جس میں البیومن بولیت موجود ہو) خلط ملط ہو جائے۔ چربشی مرض سے اِسکی تفریق طویل المدت تقیح، سلِ ریوی یا آتشک جیسے اسباب کی غیر موجودگی اور عاجل قلتِ بول اور بکثرت مطروحات کی موجودگی پر سے کی جاتی ہے۔ اِس میں اور مرضِ قلب میں بہت قریبی مشابہت ہو سکتی ہے، بالخصوص جبکہ مرضِ قلب کی حالت میں اُذیما بہت زیادہ ہو۔ پیشاب میں بکثرت سبائک کی موجودگی التہابِ گردہ کی دلالت ہے۔ سرگذشتِ مرض، استسقاء کی عمومی نوعیت، اور البیومن کی مقدار کثیر، یہ ایسے امور ہیں جن سے اوّلی کلوی مرض کو ثانوی البیومن بولیت سے تمیز کرنے میں مدد ملیگی۔ 527

علاج۔ یہ دراصل حاد التہابِ گردہ کے علاج سے مختلف نہیں۔ بستر میں آرام،

اور گرمی پہنچانا درحقیقت ضروری ہے۔ جہاں نائیٹروجن کا احتباس ہو، کسیقدر پست پروٹینی غذا کا استعمال، جیساکہ آیندہ باب میں بیان کیا گیا ہے، قرین عقل ہے۔

اُذیما کا علاج کامیابی کے ساتھ اسطرح کیا گیا ہے کہ خون کے قلوی محفوظہ کو طبعی عدد تک بلند کرنے کے لئے کافی مقدار میں قلویات دی جاتی ہیں۔ لیکن بعض اشخاص میں دشوار علاج ہوتی ہیں اور اِن قلویات کا استعمال احتیاط اور خبرداری کے ساتھ کرنا چاہئے۔ مستعملہ قلویات چار نمکیات، یعنے پوٹاسیئم، سوڈیئم، بائی کاربونیٹ اور سائٹریٹ کے مساوی حصّوں کا آمیزہ ہیں، اور اِن کی روزانہ دی جانے والی مقدار کو ایک ہزار گرین یا زائد تک بڑھایا جاسکتا ہے۔ خون کے امتحانات بار بار کرنا مناسب ہے اور بعض اوقات اُذیما ابتدائً زیادہ ہوجاتا ہے۔ کیفین (caffeine) اور تھیوبرومین (theobromine) سے احتراز کرنا ہی بہترین ہے۔

بعض اوقات غذا میں حتی الامکان نمک نہ دینے سے استسقاء میں کمی ہوگئی ہے، جیساکہ مرض برائٹ کے ہنگامی نظریہ میں خیال ظاہر کیا گیا ہے۔ بلکہ بعض اوقات نمک کی حد سے زائد مقدار میں کھانے سے تندرست اشخاص میں اُذیما پیدا ہوگیا ہے، کیونکہ اِس صورت میں جسمانی سیّال کو ہم تنشی رکھنے کے لئے پانی محتبس رہیگا۔ ایپسٹین (Epstein) کے نظریہ کے مطابق بھی علاج آزمایا جاسکتا ہے، اور اِس کی وساطت سے اُذیما کو کم کرنے اور ادرار کو بڑھانے میں حیرتناک کامیابی حاصل ہوتی ہے۔ غذا جو دیجاتی ہے، اُس میں پروٹین بہت افراط سے ہوتے ہیں، اور چربی تقریباً بالکل ہوتی ہی نہیں۔ تھوڑے کاربوہائڈریٹ کے استعمال کی اجازت دیجاتی ہے۔ اِس میں حسب ذیل اجزا ہوتے ہیں:۔ بے چربی یا لاغر گوشت (lean meat)، خنزیر کی بے چربی یا لاغر ران (lean ham)، انڈے کی سپیدی، کستورا مچھلی (oysters)، جیلی یا فالودہ، مسور (lentils)، پھٹے ہوئے مٹر، ہرے مٹر کے دانے (green peas)، چانول، جئے کا آٹا، ملائی اُتارا ہوا دودھ، قہوہ اور چاء، نمک اعتدال کے ساتھ، اور سیّال کی مناسب مطلوبہ مقدار۔ اِس علاج سے فائدہ ہوسکتا ہے، نہ اِسوجہ سے کہ پلازما کے پروٹینز میں کچھ کی زیادتی ہوجاتی ہے، بلکہ اِسوجہ سے کہ اِس سے یوریا کی زیادہ مقدار پیدا ہوجاتی ہے، اور اِدرار بول پیدا کرنے کا اِس سے بھی زیادہ کارگر طریقہ یہ ہے کہ یوریا ۵ اگرین کی مقداروں میں

براہ دہن دیا جائے۔ اِس کی اغلب توجیہہ یہ ہو سکتی ہے کہ اُنبوبی سیّال کا بڑھا ہوا یوریا ئی مافیہ نیچے کے سرے پر پانی کے مکرر انجذاب میں مزاحم ہوتا ہے۔ جہاں نائٹروجن کا احتباس ہو، وہاں وافر پروٹینی غذا کے بجائے یوریا کا استعمال بہتر ہے، کیونکہ شاید وافر پروٹینی غذا یوریا دموییت کی ماسبق استعداد پیدا کر دیتی ہے۔ درقیتی علاج سے بھی کامیابی کا دعوےٰ کیا گیا ہے، بالخصوص اِس وجہ سے کہ یہ پایا گیا ہے کہ اساسی تحوّل اکثر پست درجہ کا ہوتا ہے۔

اُذیبا کے علاج کے دوسرے طریقے، جو عرصۂ دراز سے معمولات مطب میں سے ہیں، ۲۰ - ۴۰ گرین مرکب سفوف جلاپہ (pulv, jalapæ co.)، سنا (senna) یا میگنیسیم سلفیٹ (magnesium sulphate) کے ذریعہ تسہیل ہے اور عرقیت ہے۔ عرقیت میں گرم پانی کی بوتلوں یا گرم ہوائی غسل (hot-air bath) سے مدد دینی چاہیئے۔ گرم ہوائی غسل دینے کا طریقہ یہ ہے کہ ایک پست غاطیہ (low cradle) کے ذریعہ بستر کے کپڑے مریض سے اوپر اٹھا کر اُنھیں اُس کی گردن سے قریب اور آس پاس اور بستر کے دونوں طرف اور پائنتی جما دیا جائے۔ بستر کے کپڑوں کے اندر متعدد برقی روشنی کے گولے رکھے جاتے ہیں، یا ایک قیف کے نیچے (جس میں ایک نلی لگی ہوئی ہو جو کپڑوں کے اندر داخل ہوتی ہو) ایک اسپرٹ لمپ جلایا جاتا ہے، اور اسطرح حرارت حاصل کیجاتی ہے۔ ۱۲۰ درجہ فارن ہائٹ پر بیندرہ تا بیس منٹ کے لئے مریض کا تکشف کرنا چاہیئے لیکن مریض کی تپش بھی دیکھ لینا چاہیئے کیونکہ ممکن ہے کہ پسینہ آزادانہ طور پر نہ آنے کی حالت میں وہ ناگوار طور پر بڑھ جائے۔ ایسی حالت میں مُعَرِّق دوا، نائٹریٹ آف پائلوکارپین (nitrate of pilocarpine) کا (⅙، ¼، یا ½ گرین کی مقادیر میں) تحت الجلد اِشراب کر دینا چاہیئے۔

انتہائی درجہ کے استسقاء میں، بالخصوص جہاں کہ جِلد تنی ہوئی ہو اور اُس کے ملتہب یا اغتاث پذیر ہو جانے کا خطرہ ہو، استسقائی سیّال کو دافع عفونت حالات کے تحت، یا تو ایک نشتر سے چھوٹے چھوٹے شگاف دیکر یا ایک سوئی سے کچھ کے لگا کر، یا اُنبوباتِ ساؤدی (Southey's tubes) استعمال کر کے، خارج کر دینا چاہیئے۔ انہیں کے دو یا زائد اُنبوبات ہر ٹانگ میں رکھدئے جائیں اور اِس ذریعہ سے چند گھنٹوں میں کئی پائنٹ مصل نکالا جا سکتا ہے۔ عفونت کی روک تھام کرنے کے لئے چھ گھنٹہ کے بعد ان اُنبوبات کو نکال دینا چاہیئے، لیکن سیلیت کچوکوں کی راہ سے جاری رہتی ہے محض گاہے ماہے

انتہائی اصابتوں میں، شکم کا بزل یا کہفۂ پلیورائی کا استصاص ضروری ہوتا ہے۔ 328

کہنہ اصابتوں میں عدم دمویت کا تدارک حدیدی تجہیزات کے استعمال سے کرنا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 431)۔ زیادہ مزمن اصابتوں میں، جن میں البیومن بولیت تو ہو مگر استسقاء کم ہی ہو، گرم آب ہواؤں [جزائر برطانیہ میں بورن ماؤتھ (Bournemouth) یا ٹینبی (Tenby)، فرانس کے جنوبی حصے، اطالیہ، یا مصر] میں قیام سے فائدہ حاصل کیا جاسکتا ہے۔

مزمن مرض برائٹ کی اصابتوں کا علاج امریکہ میں ایڈی بولس (Edebohls) نے اسطرح کیا ہے کہ گردے کا کشف کر کے اسکی کیسہ ربائی (decapsulation) کر دی ہے، اور پھر ان اعضا کی تثبیت کر دی ہے۔ لیکن اس جراحی علاج کا فائدہ نہایت مشکوک ہے۔ اس کارروائی کے لئے تشخیصی التہاب گردہ کی اصابتیں موزوں ترین ہیں۔ عفونی مرکزوں کا بھی استیصال کر دینا چاہیئے، اور جوفی سرایت (sinus infection) کا استیصال کرنے کے لئے خاص طور پر احتیاط و اہتمام کرنا چاہیئے۔

مزمن گویکی انبوبی (سمی) التہاب گردہ

[chronic-glomerulo-tubal (toxic) nephritis]

(secondary contracted kidney = ثانوی منقبض گردہ)

اس قسم کے التہاب کو "ثانوی" کہنے کی وجہ یہ ہے کہ یہ گردے کے التہاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اسے اکثر کلیۂ منقبض سپید (contracted white kidney) یا کلیہ خورد سپید (small white kidney) اس وجہ سے کہتے ہیں تاکہ یہ کلیۂ سرخ ذراتی (red granular kidney) سے تمیز کیا جا سکے، جس کا بیان اس کے بعد آگے آئیگا۔ لیکن یہ طریقۂ تفریق اچھا نہیں، کیونکہ ثانوی منقبض گردہ (secondary contracted kidney) کی مزمن ترین قسم بھی، جو ادھیڑ عمر میں ہوتی ہے، سرخ رنگ کی ہوتی ہے۔ نسیجیاتی مطالعوں سے ظاہر ہوگیا ہے کہ مزمن گویکی انبوبی التہاب گردہ کی دو مختلف قسمیں ہوتی ہیں:-

(۱) منتشر قسم (diffuse type) (مزمن تیز التہابِ گردہ (chronic
nephritis acris = میں دو سال سے لیکر دس سال تک پہلے حاد یا تحت الحاد بستی التہابِ گردہ
اور اُس کے ساتھ بہت اُذیما کی موجودگی دیکھی گئی ہے، چنانچہ یہ گردہ قیاساً کچھ سالوں تک
جن کی تعداد مختلف ہوتی ہے، حاد اور تحت الحاد گویکی اُنبوبی التہابِ گردہ کے تحت بیان کردہ
ہوئے مدارج کو طے کر چکا ہے۔ (۲) شبکی قسم (reticular type) (دبیب التہابِ گردہ
nephritis repens =) میں ممکن ہے کہ مریض کو التہابِ گردہ کا ایک حاد حملہ ہو چکا ہو،
جو بہ ظاہر بالکل اچھا ہو گیا ہو، اور بہت برسوں بعد ایسے علامات مشاہدہ میں آتے ہیں جو
ذراتی گردے کے آخری درجوں پر دلالت کرتے ہیں۔ لیکن زیادہ اکثر کسی حاد مرض کی کوئی سرگذشت
بالکل نہیں ملتی، اور یقین کیا جاتا ہے کہ گردے کے تغیرات غیر محسوس اور تدریجی طور پر ایسے
مزمن التہاب سے پیدا ہو گئے ہیں جو سالہا سال تک جاری رہا ہے۔ اِس قسم کے لئے
دبیب التہاب گردہ (nephritis repens) یا رینگنے والے التہابِ گردہ کی
اصطلاح نسیجیاتی تصویر کی بنا پر تجویز کی گئی ہے، جس سے ایک التہابی تعامل اور ساتھ ہی
اس سے پیدا ہو جانے والا اندماب مترشح ہوتا ہے، جو غیر محسوس اور تدریجی طور پر گردے
کے طول و عرض میں رینگتا چلا گیا ہے اور جس نے بعض حصوں کو غیر متاثر چھوڑ دیا ہے۔ دبیب
التہابِ گردہ کی موٹی تقسیم دو گروہوں میں کی جا سکتی ہے:۔ (الف) طفلی اور ابتدائی بالغ زندگی
کا دبیب التہاب گردہ۔ اِن اصابتوں میں، اور اسی طرح مزمن تیز التہاب گردہ (ch.
nephritis acris) میں بھی، ایک مختلف المقدار صلابت الشریانی تغیر (وقف الدموی
التہابِ گردہ = ischæmic nephritis) موجود ہوتا ہے، جیسا کہ بعد میں بیان کیا گیا
ہے، لیکن وہ عموماً نمایاں نہیں ہوتا، اور جنگی التہاب گردہ کی اصابتوں میں اِس قسم کا گردہ
بلا کسی قلبی عروقی تغیرات کے پیدا ہو گیا ہے۔ شاذ شالوں میں اِس قسم کا دبیب التہاب گردہ
بچوں میں بیان کیا گیا ہے، جو کساحت (rickets) اور تصبّی (infantalism) کے ساتھ ساتھ
تھا۔ (ب) ادھیڑ عمر (۳۵ تا ۶۶ سال) (۱۵ مریضوں میں ۷ء۴۷ سال اوسط عمر) کا دبیب
التہابِ گردہ بھی ہوتا ہے، جس میں التہابی عمل نہایت مزمن اور صلابت الشریانی عمل نہایت
نمایاں ہوتا ہے۔ خون کا دباؤ بہت بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور اُذیما، جو اکثر موجود ہے،
فشلِ قلب کی ممیز توزیع رکھتا ہے (24)۔ ممکن ہے کہ موت فشلِ قلب، دماغی نزف یا یوریا دمویت

سے، یا اِنکے اجتماع سے واقع ہوجائے۔ مندرجۂ ذیل سریری بیان کا اِطلاق اِن اصابتوں پر نہیں ہوتا۔

مرضی تشریح۔ منتشر قسم میں گردہ طبعی ہوتا ہے یا قدرے مائل بہ جانبِ صِغر۔ اُس کا کیسہ معتدل درجہ کی آسانی کے ساتھ اتارا جاسکتا ہے، اور سطح چکنی یا باریک ذرّے دار ہوتی ہے اور اُس میں غیر شفاف زرد لیپائڈ کے دھبے موجود ہوتے ہیں، جو تراشنے پر بالخصوص اچھی طرح نظر آتے ہیں۔ قشرہ اور لُب کا درمیانی خطِ فاصل دھندلا ہوتا ہے۔ خرد بین سے دیکھنے پر گوبکیں مختلف درجہ کا تکاثری التہاب گوبک اور زجاجی تنخّز اور تکاثری التہابِ کیسہ ظاہر کرتی ہیں۔ بین رختکی بافت عموماً کثیف کیفیت کے رقبے ظاہر کرتی ہے جو مذبول اُنیبیات کو محصور کرتے ہیں اور نسبتہً کم کثیف کیفیت کے چھوٹے چھوٹے جزیرے جو متّسع اُنیبیات کو محصور کرتے ہیں۔ لمفی خلیوں، پلازمائی خلیوں اور نسبتہً کم تعداد میں کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کی درریزش موجود ہوتی ہے۔ دبیب التہاب گردہ (شبکی قسم) کے گردے کا منظر جو خالی آنکھ سے نظر آتا ہے مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ پہلے بیان کئے ہوئے منظر سے مشابہ ہو، یا ممکن ہے کہ یہ گردہ جسامت میں بہت کچھ گھٹا ہوا ہو اور ساتھ ہی اُس میں صریح دانے ہوں، اور بعض اقسام نہایت اندابی یا داغدار اور غیر منتظم طور پر لخنک دار 529
ہوتی ہیں۔ تراشنے پر قشرہ شاحب اور لُب اکثر گلابی ہوتا ہے اور دونوں کا درمیانی خطِ فاصل دھندلا ہوتا ہے۔ لیپائڈی جماؤ اکثر صریح ہوتے ہیں۔ ادھیڑ عمر میں ملنے والی نہایت مزمن شکلوں میں رنگ سیاہ سرخ ہوتا ہے، چنانچہ خالی آنکھ کو یہ گردہ اُس متصلّب الشرائین گردے سے مشابہ نظر آتا ہے جو اِس کے بعد بیان کیا گیا ہے۔ خرد بین سے دیکھنے پر وہ کیفیتی رقبے، جن میں متضرر گوبکیں اور مذبول اُنیبیات موجود ہیں، گردے کے طول و عرض میں ایک موٹے شبکی طرز میں پھیلے ہوئے نظر آتے ہیں، اور وہ اُن بڑے جزیروں کو گھیرے رہتے ہیں جن میں متّسع اُنیبیات موجود ہوتے ہیں۔ آخر الذکر اُنیبیات تجدیدی بیش پرورش کی بڑی مقدار ظاہر کرتے ہیں۔ لیپائڈی جماؤ اکثر دیکھنے میں آتے ہیں، اور بعض اوقات باقی ماندہ گوبکوں کی بیش پرورش بھی ہوتی ہے۔ کیفیتی رقبوں میں لمفی خلیات، پلازمائی خلیات اور چند کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کی عمومی درریزش ہوتی ہے۔ منتشر اور شبکی، دونوں اقسام میں مختلف المقدار صلابت الشریانی تغیر (جس کی نوعیت آگے کے

باب میں بیان کی گئی ہے) عموماً موجود ہوتا ہے گو ہمیشہ نہیں - کہنہ اصابتوں میں اس تغیر کے زیادہ نمایاں ہونے کا رجحان ہوتا ہے -

یہ واضح ہے کہ دبیب التہاب گردہ اور مرض برائٹ کا منقبض ذراتی گردہ دونوں ایک ہی ہیں - راقم الحروف عرصۂ دراز سے یہ یقین رکھتا ہے کہ ان گردوں کے چھوٹا ہونے کی یہ وجہ ہے کہ ان پر مرض کا حملہ طفلی ہی میں ہو جاتا ہے اس سے پہلے کہ یہ بالغ جسامت تک پہنچیں - اس رائے کی تصدیق مس رسیل کے مشاہدات سے ہوتی ہے (24)- چنانچہ اس کے بیان کردہ سلسلہ میں جو گردے ہیں اگر ان کے اوزان کو جسمانی وزن یا قسد کے مقابل درج کیا جائے تو کسی دئے ہوئے وزن یا بلندی کے لئے نو عمر بالغ کے گردے اس سے چھوٹے ہوتے ہیں کہ جتنے ادھیڑ عمر والوں کے گردے ہوتے ہیں، خواہ آخر الذکر گردہ میں مزمن ترین اصابتیں کیوں نہ شامل کر لی جائیں -

امراضیات - مرض گردہ میں اخراجی وظیفہ کے نقصان کی تعویض جسم دو طریقوں سے کرتا ہے - اولاً، بیش پرورده قلب اور منقبض شرائین کی وساطت سے شریانی دباؤ بڑھ جاتا ہے، چنانچہ متضرر گویچوں میں سے تقطیر دباؤ کے تحت واقع ہوتی ہے - ثانیاً، خون کے اندر یوریا کا ارتکاز زیادہ ہو جاتا ہے، جس کی وجہ سے گردے سے یوریا کے اخراج میں آسانی ہو جاتی ہے چنانچہ ایک توازن قائم ہو جاتا ہے، اور نائٹروجنی اشیاء کی برآمد، غذا میں ان کی مقدار کے ساتھ ٹھیک ٹھیک متناظر ہوتی ہے طبعی طور پر یوریا کا ارتکاز ۲۰ تا ۳۰ ملی گرام فیصدی ہوتا ہے لیکن اس مرض میں اسوقت جبکہ مرضاء اٹھکر چلتے پھرتے اور اپنا معمولی کام کاج کرتے ہوں، ۱۰۰ ملی گرام بلکہ اس سے بھی اوپر قدریں بارہا پائی جاتی ہیں - غذا کے پروٹین میں کوئی بھی بڑی زیادتی ہو جائے تو گردے پر زیادہ کام کا بار پڑ جاتا ہے، اور یہ زائد کام صرف اسطرح انجام دیا جا سکتا ہے کہ یوریا کا کسیقدر مزید احتباس کیا جائے، چنانچہ خون میں یوریا کی فیصدی مقدار اور بھی زیادہ بڑھ جاتی ہے - درآمد اور برآمد کے درمیان توازن پھر قائم ہو جاتا ہے کیونکہ گردے خون کے اندر یوریا کی بلند تر دہلیزی قدر (higher threshold value) کی محببیت ظاہر کرنے لگتے ہیں - اس بیان سے غذا کے پروٹین کو محدود کرنے کی اہمیت فی الفور ظاہر ہوگی -

اگر ضرر ترقی کرتا ہے تو خون کے اندر یوریا بلند سے بلند تر ہوتا جاتا ہے - یہی اسوقت

بھی ہوگا جبکہ مزمن التہاب گردہ کی حالت میں حاد التہاب کا حملہ متنزاد ہو جائے۔ جب یوریا کا ارتکاز حد سے زیادہ بلند درجہ کو پہنچ جائے تو تسمّم کے ممیّز و مخصوص علامات ظاہر ہو جاتے ہیں، جسے نہا کتی) یا مزمن یوریا دمویت کہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ علامتیں اُسوقت شروع ہو جائیں جبکہ یوریا کی فیصدی مقدار ۲۰۰ ملی گرام کے قریب ہو۔ کامل نمو یافتہ یوریا دمویت کی حالت میں یوریا کی قدریں ۳۰۰، ۴۰۰ یا ۵۰۰ ملی گرام فیصدی تک کی پائی گئی ہیں۔ یوریا کے علاوہ غیر پروٹینی نائٹروجن کریٹی نین (creatinine)، یورک ایسڈ، فاسفورک اور سلفیوُرک ایسڈز بھی خون میں مجتمع ہو جاتے ہیں، چنانچہ قلوی محفوظہ (alkali reserve) گھٹ جاتا ہے (27)۔ جو فیزی کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) بھی کم ہو جاتی ہے، لیکن اُس تناسب سے نہیں کہ جس سے خون میں دیگر تُرشہ جات کا اجتماع ہوتا ہے، چنانچہ خون کی ترشگی (یعنے ہائڈروجنی رواں کا ارتکاز) بڑھ جاتی ہے (ترشہ دمویت (acidæmia)۔ خون کے اندر دوسرے غیر معروف ترشوں اور حاصلات تحول کا موجود ہونا بھی ممکن ہے۔ اِس امر کا ثبوت ملتا ہے کہ یہ ترشہ دمویتی حالت بذات خود یوریا دمویتی قوما (uræmic coma) کا سبب نہیں ہے، کیونکہ اتنی ہی بلند ترشئی قدریں دوسرے ایسے مریضوں میں بھی مشاہدہ میں آئی ہیں، جو قوما زدہ نہیں تھے۔ اسی حالت کا سبب یقیناً یوریا نہیں ہے، کیونکہ جب یوریا بڑی مقداروں میں براہِ دہن لیا جاتا ہے تو وہ ایک نسبتہً بے ضرر شَے ثابت ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت SO_4 یا PO_4 کے روانات کی زیادتی سے تسمّم پیدا ہونے کا نتیجہ ہو۔ لیکن یہ سمجھنا قرینِ عقل ہے کہ عضلی جھٹکے دراصل تکزز (tetany) (جو ملاحظہ ہو) سے مماثل ہیں، بالخصوص اس لئے کہ خون کے اندر کیلسیئم بھی
530 کم ہوتا ہے (28)۔ جوع الہوا یا انتہائی بیش تنفس ترشہ دمویت کا نتیجہ ہوتا ہے، چنانچہ جو فیزی ہوا اور خون میں CO_2 کی کمی اسی ذریعہ سے واقع ہوتی ہے۔ خالص یوریا دمویت کی ایک اصابت میں جو کہ ایک منفرد گردے کے استیصال کے باعث پیدا ہوا تھا، موت کے بعد یہ مزید تغیرات پائے گئے:۔ دموی کیلسیئم، کلورائیڈ، ہیموگلوبن، اور پلازمائی البیومن کا سقوط اور پلازمائی گلابیولن اور امونیا کی زیادتی۔ دموی کولسٹرال طبعی رہا (29)۔

ثانوی منقبض گردے میں مزمن یوریا دمویت ایک ممیّز طریقۂ اختتام ہے، لیکن اُس کے لئے مختص نہیں۔ یہ متصلب الشرائین گردے میں کبھی کبھی، اور التہاب حوض الکلیہ و کلیہ میں واقع

ہو سکتی ہے، بالخصوص اُسوقت جبکہ دونوں گردوں میں تقیّح ہو، نیز کثیر ڈویری مرض (polycystic disease)، دوجانبی حصاۃ الکلیہ، اور بعض اوقات حاد التہابِ گردہ ہیں۔

علامات - منتشر قسم میں اختتامی درجوں میں عموماً بہت اذیما موجود ہوتا ہے لیکن نوعمر اشخاص کے دبیب التہاب گردہ میں عموماً اُذیما نہیں ہوتا، اگرچہ اُن کی آنکھوں کے نیچے خفیف سا پھولا پن غیر عام نہیں۔ دونوں قسموں میں پیشاب کا حجم زیادہ ہوجاتا ہے، بالخصوص رات کے وقت، اور مریض کو پیشاب کرنے کے لئے ایک دو بار بستر سے اُٹھنا پڑتا ہے۔ اِسے ایک تعویضی میکانیتہ سمجھنا چاہیئے، کیونکہ گردہ جس شئے کو دن کے وقت خارج نہیں کرسکتا اُسے رات کے وقت خارج کردیتا ہے۔ جب غذا کا پروٹینی مافیہ زیادہ ہو تو یہ امر اور بھی زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ آخری درجہ میں پیشاب شاحب ہوتا ہے اور اُسکی کثافتِ نوعی نہایت پست یعنے ۱۰۰۵ سے ۱۰۱۲ تک ہوتی ہے۔ البیُومن بولیت موجود ہوتی ہے، لیکن البیُومن کی فیصدی مقدار اُتنی زیادہ کبھی نہیں ہوتی جتنی کہ بڑے سپید گردے میں۔ دُرد کا امتحان کرنے پر سبائک اور دموی خلیات نظر آتے ہیں۔ خون کا دباؤ بلند ہوتا ہے، لیکن عموماً اُتنا بلند نہیں ہوتا جتنا کہ متصلب الشرائین گردے کی اصابتوں میں۔ قلب بیش پرورش کے علامات ظاہر کرتا ہے (جو ملاحظہ ہوں) نمایاں ثانوی عدم دمویت موجود ہوتی ہے۔

"البیُومن بولیتی التہابِ شبکیہ" ("albuminuric retinitis") ثانوی منقبض گردے کا نہایت ممیّز و مخصوص خاصّہ ہے۔ اُن عروقی تغیّرات کی وجہ سے جو ہمیشہ اِس حالت میں موجود ملتے ہیں، شبکیتی تغیّرات اکثر اُن تغیّرات سے کسیقدر قریبی مشابہت رکھتے ہیں جو پہلے صلابت الشرائین (arteriosclerosis) کے تحت بیان ہو چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 302)۔ اِس کے برعکس، نسبتہً بڑے شاحب، نرم کوروں والے رقبے، یا نرم روئی جیسی چکتیاں (ملاحظہ ہو صفحہ 522) بعض اوقات نظر آتی ہیں (ملاحظہ ہو صحفہ ۱۴، صفحہ 303)۔ بعض اوقات ارتشاح کی چمکدار چکتیاں، جن میں خردبین سے شحمی تغیّرات نظر آتے ہیں، لطخی خطّے میں ستارہ نما شکل میں مرتّب ہوتی ہیں۔

مریض سالہا سال تک کبھی اچھی اور کبھی خراب صحت میں رہتا ہے۔ بعض اوقات ایسی کوئی بھی چیز نہیں ہوتی جس سے مرض کی موجودگی کا خیال پیدا ہو، یہانتک کہ یکا یک

یوریا دمویت ظاہر ہو جاتی ہے۔ یہ مزمن یا نہاکتی قسم (chronic or asthenic type) کی یوریا دمویت ہوتی ہے۔

نہاکتی یوریا دمویت (asthenic uræmia)۔ مریض شکایت کرتا ہے کہ اُسے کمزوری، نیند، دردِ سر، اور متلی معلوم ہوتی ہے، جس کے ساتھ ممکن ہے کہ قے بھی ہو۔ ممکن ہے کہ اینٹھن اور جھنجھناہٹ کے احساسات ہوں۔ ذہول کے ساتھ بے چینی کے دورے تبادل کرتے ہیں۔ چہرے کے عضلات کے جھٹکے دیکھنے میں آتے ہیں۔ ممکن ہے کہ وہ بازوؤں، ٹانگوں اور دھڑ کو بھی ماؤف کر دیں۔ لیکن تشنجات کے ویسے حملے نہیں ہوتے جیسے کہ قوی یا حاد یوریا دمویت (sthenic uræmia) میں ہوتے ہیں۔ پتلیاں سکڑ جاتی ہیں، جسم کی تپش گر کر کم ہو جاتی ہے، تنفس آہستہ، ہانپنے کے ساتھ، اور مشقت طلب ہوتا ہے، دہن اور زبان خشک ہوتے ہیں، اور بڑی پیاس ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ تکلیف دہ قے بھی ہو۔ عضلی جھٹکے جاری رہتے ہیں اور مریض بےچین، بے پروا، اور غنودہ ہو جاتا ہے اور بالآخر اُس پر قوما طاری ہو جاتا ہے۔ جب قوما نمو یاب ہوتا ہے تو سانس پھولنے سے تنفس گہرے اور پھنکار کے ساتھ ہونے لگتے ہیں۔ جوں جوں خون میں ترشے کا اجتماع زیادہ ہوتا جاتا ہے، سانس کا پھولنا بھی اُسی تناسب سے بڑھتا جاتا ہے۔ سانس چڑھنے کے ناگہانی حملے بھی بیان کیے گئے ہیں، خاص کر رات کے وقت، جنھیں بعض اوقات "ربو کلوی" ("renal asthma") کہتے ہیں۔ چین اسٹو کی تنفس بھی بیان کیا گیا ہے۔ چونکہ خون میں یوریائی مافیہ کی زیادتی کو حقیقی نہاکتی یوریا دمویت کا معیار قرار دیا گیا ہے، لہٰذا تنفس کی یہ دو آخری قسمیں درحقیقت یوریا دمویتی نہیں ہیں، بلکہ حاد ریوی اڈیما کا نتیجہ ہیں۔ یہ عام طور پر متصلب الشرائین گردے (قلبی کلوی مرض) کی اصابتوں میں دیکھی جاتی ہیں اور لیوس اور دوسروں کی بیان کی ہوئی اصابتیں (ملاحظہ ہو صفحہ 255) غالباً اسی نوعیت کی تھیں، کیونکہ ان میں خون کا یوریا ہمیشہ ۱۰۰ ملی گرام فیصدی سے کم تھا، جو حقیقی یوریا دمویتی 531 قدر سے بہت ہی نیچے ہے۔ مزید مشاہدات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ ان اصابتوں میں خون میں ثابت ترشوں کی کوئی زیادتی نہیں ہوتی (25، 26)۔ یہ اغلب ہے کہ گذشتہ زمانہ میں یوریا دمویت کی اصطلاح متعدد و مختلف حالتوں پر حاوی سمجھی جاتی تھی، اور صرف حیاتی کیمیائی تحقیقات کے طریقوں کی آمد کے ساتھ یہ ہوا ہے کہ یہ حالتیں ایک دوسری سے متفرق کی جا رہی ہیں۔ جب یوریا دمویت کی علامتیں نسبتہً کم نمایاں ہوتی ہیں تو اِس حالت کو بعض اوقات خفی یوریا

دمویت (latent uræmia) کہتے ہیں۔ یہ نام بولی راستوں کے تسدد سے پیدا شدہ اُسرالبول کے نتائج کو بھی دیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 549)۔

ثانوی سرایتوں، مثلاً ذات الجنب، ذات الریۃ، التہابِ تامور، معدی معوی التہاب جو شدید قے اور اسہال پیدا کردے اور تقرحی التہاب قولون سے بھی موت واقع ہو سکتی ہے۔ سمی مبداء کے وہ نزفات جو کہ کلوی فشل کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں (برعکس اُن نزفات کے جو بلند دموی ضغط اور انحطاط یافتہ شرائین کے باعث ہوتے ہیں) مخاطی اغشیہ سے یا دماغ کے اندر واقع ہو سکتے ہیں، اور موت پیدا کرنے میں عموماً حصہ لیتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اِن میں سے کوئی بھی اختتامی واقعہ یوریا دمویت کے ساتھ ساتھ واقع ہو جائے۔ لیکن ثانوی سرایت اِسقدر عام طریقۂ اختتام نہیں جسقدر عام کہ وہ تحت الحاد سمّی التہاب گردہ میں ہوتا ہے۔

تشخیص۔ اِس کا انحصار مُرَقّق پیشاب کے ملنے پر ہوتا ہے، جس میں البیوُمن موجود ہو، اور ساتھ ہی کلوی فعل میں خرابی ہو، اور اُذیما کا رجحان بہت کم ہو۔ معائی تسدد اور یوریا دمویت کی تفریق مشکل ہو سکتی ہے، کیونکہ یوریا کی بلندی دونوں میں پائی جاتی ہے لیکن معائی تسدد میں کثیر قلویت اور بلند یا طبعی قلوی محفوظہ پایا جاتا ہے، اور یوریا دمویت میں قلوی محفوظہ پست ہوتا ہے۔

اِنذار۔ یہ نمو یافتہ مرض میں خراب ہوتا ہے۔ اِس کا اندازہ کرنیکے لئے کہ آیا اصابت خطرناک ہے، امتحان شبکیہ اور کلوی فعل کی تخمین نہایت کارآمد طریقہائے شناخت ہیں اگر خوب نمایاں التہابِ شبکیہ موجود ہے تو اغلب ہے کہ مریض دو سال سے زیادہ زندہ نہیں رہے گا۔ اگر خون کا یوریا مستقلاً ۱۰۰ ملی گرام فیصدی سے اوپر ہے، تو یوریا دمویت کا کسی وقت بھی ہو جانا ممکن ہے۔ اگر خون کا یوریا اِس عدد سے نیچے ہے تو ممکن ہے کہ مریض بہت سال تک زندہ رہیں، بالخصوص اسوقت جبکہ یوریا کے ارتکاز کا کاشفہ خاصہ اطمینان بخش ہو۔

علاج۔ کسی ایسی حالت کو دُور کردینے کے بعد، جسے صحیح طور پر اِس حالت کا سبب سمجھا جا سکے [یعنی الکحل، رصاص (سیسہ)، سردی میں مستمر تکشف، عفن مراکز، وغیرہ] مقاصدِ علاج حسب ذیل ہونے چاہئیں:۔ (۱) گردے کی اخراجی طاقت پر کام کا بار کم کردیا جائے۔ (۲) قلب اور عروق پر کے بار کو کم کردیا جائے۔ (۳) عدم دمویت کو دور کردیا جائے، اور (۴) خاص پیچیدگیوں کا علاج اُن کے پیدا ہونے پر کیا جائے۔

علاج کا نہایت اہم جز یہ ہوگا کہ حتی الامکان گردے پر کا بار دور کر دیا جائے، اور خون کے اندر پروٹینی تحوّل کے ترشئی حاصلات کا احتباس نہ ہونے دیا جائے، جو یوریا دمویت کا اسقدر ممیز خاصہ ہے۔ غذا کے تحوّل سے ترشئی اور اساسی حاصلاتِ شکست و ریخت کی مختلف مقداریں پیدا ہو جاتی ہیں، اور غذاؤں کی گروہ بندی اس لحاظ سے کی جاتی ہے کہ آیا ان سے ترشہ کی پیدائش زیادہ ہوتی ہے یا اساس کی۔ سبزیوں اور پھلوں سے، جن میں لیمو بھی شامل ہے، تحوّل کے بعد ترشہ کی نسبت اَساس کی مقدار زیادہ حاصل ہوتی ہے، لیکن انڈے، مچھلی، گوشت، بسکٹ، جئی کا آٹا، چانول اور گیہوں اَساس کی نسبت ترشہ زیادہ پیدا کرتے ہیں۔ دودھ ترشہ کی نسبت اساس ذرا ہی زیادہ پیدا کرتا ہے۔ اسی واسطے یعنی نباتی غذا اور اُس کے ساتھ شکر کو منتخب کرنا فائدہ مند ہے۔ لیکن چونکہ جسم کی شکست و ریخت کی تلافی کے لئے نہایت تھوڑے پروٹین کی ضرورت ہوتی ہے اور معمولی غذا میں جو پروٹین لیا جاتا ہے اُس کا بیشتر حصہ محض توانائی کے منبع کے طور پر کام میں آتا ہے، اور اُس کی شکست و ریخت کے آخری حاصلات کا اخراج گردے کو کرنا پڑتا ہے، لہذا غذا میں پروٹین کی مقدار کی تقلیل بھی قرین مصلحت ہے۔ انڈے، مچھلی، گوشت، مرغی وغیرہ پالتو پرندے اور شکار وغیرہ سے قطعی پرہیز لازم ہے۔ روٹی، بسکٹ اور اناج (بہ استثناء جئی کے آٹے کے) کی اجازت معتدل مقداروں میں دی جاسکتی ہے، کیونکہ ان کا پروٹینی مافیہ کم ہوتا ہے، اور اس امر کا تدارک کرنے کے لئے کہ یہ اَساس کی نسبت ترشہ زیادہ پیدا کرتے ہیں قلی کی کافی مقداریں تجویز کی جاتی ہیں تاکہ پیشاب تعدیلی ہو جائے (ملاحظہ ہو علاج، تحت الحاد سمی التہاب گردہ)۔ دودھ کی مقدار بھی محدود کر دینی چاہئے کیونکہ اُس کا پروٹینی مافیہ بھی نسبتہً بلند ہوتا ہے (ملاحظہ ہو جدول د، صفحہ 475 پر)۔ تاہم یہاں ایک انتباہ ضروری ہے، کیونکہ جب پیشاب میں البیومن کی بڑی مقداریں ضائع ہو رہی ہوں تو غذا میں اِس کی تلافی کا لحاظ رکھنا بھی ضروری ہے۔ چوبیس گھنٹے میں البیومن کی جو اوسط مقدار خارج ہو رہی ہو اُس کی تخمین کر کے اُس سے ۵ تا ۱۰ گرام زائد پروٹین روزانہ کی اجازت دینی چاہئے تاکہ جسمانی شکست و ریخت میں جو نقصان ہو رہا ہے اُس کی کافی طور پر تلافی ہو جائے۔ غذا کو مکمل بنانے کے لئے ملائی (محدود مقداریں)، مسکہ اور روغنِ زیتون کی صورت میں شحوم شامل کر سکتے ہیں۔ ہلکی چائے اور کافی (coffee) کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ اگر تغذیہ اچھا ہے تو ایک نوبتی روزہ بھی شروع کرایا جا سکتا ہے۔ الکحل کو

بالکل موقوف کردینا چاہئے، یا اُس کی مقدار زیادہ سے زیادہ روزانہ ایک گلاس کلاریٹ (claret) یا خشک شیری (dry sherry) ہو۔ جب علامات خطرناک ہوں، اور بالخصوص جبکہ چلتے پھرتے وقت مریض کا سانس پھولنے لگے اور ذبحہ صدریہ (angina pectoris) کے حملے ہوں، مریض کو کامل آرام وسکون سے رکھنا ضروری ہے۔ حد سے زائد کام محنت اور زور لگانے سے ہر وقت پرہیز لازم ہے۔ ورزش صرف اتنی کرنی چاہئے کہ جو قلب کی برداشت کے اندر ہو۔ مریض کا لباس گرم ہونا چاہئے اور خوشگوار آب وہوا میں رہائش سے نفع کثیر ہوتا ہے۔

ایسی صحتی تدبیریں ممکن ہے کہ خود ہی خون کے دباؤ کو کم کردینے کا رجحان ظاہر کریں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ خون کا بلند دباؤ غالباً خود ہی بہت سی اصابتوں میں ایک تعویضی میکانیت ہے، چنانچہ اُسے ادویہ سے براہ راست متاثر کرنے کی کوششیں گو جزئ کامیاب بھی ہوں، ایک بُرا طریقۂ عمل ہوسکتی ہیں۔ تاہم اگر تکلیف دِہ درد سر موجود ہو تو اس مقصد کے لئے ادویہ استعمال کی جاسکتی ہیں۔ نائٹرو گلیسرین ($\frac{1}{100}$ قطرہ روزانہ ایک یا دو بار اور بتدریج بڑھاکر)، سوڈیم نائٹرائیٹ، یا ایرتھرال ٹیٹرانائٹریٹ (erythrol tetranitrate) استعمال کرسکتے ہیں ایٹی پائرین (antipyrin) کیفین (caffein) اور فیناسیٹین (phenacetin) بھی مفید ہیں۔

لوہے کی تجہیزات عدم دمویت کے لئے دے سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 431)۔

جن پیچیدگیوں کے لئے علاج کی ضرورت ہوتی ہے، اُن میں سے یوریا دمویت قےء، قلبی اتساع اور فشل ہیں۔ یوریا دمویت میں خاص ضرورت یہ ہے کہ خون سے زائد پروٹینی تحولی حاصلات کو خارج کیا جائے۔ اِس مقصد کے لئے پسینہ آنے کے عمل کو بڑھانا چاہئے۔ بعض اوقات گرم ہوائی غسل مفید ہوتا ہے، اور پائلوکارپین (pilocarpine) کے اشرابات کام میں لائے گئے ہیں۔ امعاء کا عمل آزادانہ کرانا چاہئے، اور اِس کے لئے ایسے مسہلات کام میں لانے چاہئیں جو بڑے آبی اِفراغات پیدا کرتے ہیں، جیسے کہ جلاپا (jalap)۔ قولون کی آبیاری کیجاسکتی ہے۔ اِدماء اکثر مفید ہوا ہے، اور اِس کے بعد اکثر ایک موزوں مُعلّی سے نقل الدم کیا گیا ہے۔ اِس امر کی بڑی احتیاط رکھنی چاہئے کہ پیشاب آزادانہ طور پر نکلتا رہے۔ منہ کی راہ سے سیال بہ افراط لینا چاہئے۔ اگر خون کا

دباؤ یکایک کم ہونا شروع ہو تو ملح کے دروں وریدی اِشرابات دئے جائیں۔ ترشہ دمویت کے دفعیہ کے لئے اِس سیال میں کسیقدر سوڈیئم بائی کاربونیٹ شامل کر دینا چاہئے، اور یہی دوا منہ سے بھی دے سکتے ہیں۔

قئے کے لئے فوّار آمیزے، ڈائیلیوٹ ہائڈروسائنک ایسڈ، ٹنچر آف آیوڈین کے چند قطرے پانی میں گھنٹے گھنٹے سے، یا شراسیف پر رفادۂ بارد یا منقِّط آزما سکتے ہیں۔ علاماتِ قلب کے لئے، جو بطین کے اتساع اور کمزور انقباض سے پیدا ہو جاتے ہیں، ڈیجیٹالس دینا چاہئے، آنتوں کو (مسہلات وغیرہ کے ذریعہ سے) حالتِ عمل میں رکھنا چاہئے، اور اصابت کا علاج عام طور پر اسطرح کرنا چاہئے گویا یہ مرض قلب کی اصابت ہے۔

متصلب الشریان گردہ

(ARTERIOSCLEROTIC KIDNEY)

نقرسی، سرخ ذراتی یا اولی منقبض گردہ (gouty, red granular or primary contracted kidney)، گردے کا وقف الدمی ذبول[1] (ischæmic atrophy of the kidney)، قلبی کلوی مرض (cardio renal disease)

بحث اسباب متصلب الشرائین گردہ اس شریانی تکاثر کا اختتامی نتیجہ ہے جسے منتشر بیش تکوینی صلابت (hyperplastic sclerosis) کہتے ہیں، جو اوّلی طور پر ارتفاع الضغط پیدا کر دیتی ہے۔ اور اُس کے اسباب وہی ہیں جو ارتفاع الضغط کے ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 301)۔ اِس مرض کی ایک عام شکل عموماً معمّر اشخاص میں امتحان بعد الممات میں ملنا غیر معمولی امر نہیں، اور اِسے شیخوخی متصلب الشرائین گردہ (senile arteriosclerotic kidney) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ لیکن اِسکے

---

[1] یہ اصطلاح بہ نسبت "وقف الدمی التہاب گردہ" ("ischæmic nephritis") کے زیادہ پسندیدہ ہے، جو حال ہی میں رائج کی گئی ہے (24) کیونکہ یہ تغیرات التہابی نہیں تصور کئے جاتے ہیں۔

جداگانہ بیان کی ضرورت نہیں، البتہ یہ کہنا ضرور ہے کہ اِس میں قلبی عروقی بیش پرورش نہیں ہوتی، اور اسی وجہ سے خون کا دباؤ بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ متصلب الشرائین گردے کے ساتھ ایک حاد یا تحت الحاد ستمی التہاب گردہ واقع ہو کر ایک پیچیدگی پیدا کردے۔

مرضی تشریح۔ اِن گردوں کا اوسط وزن تقریباً طبعی ہوتا ہے لیکن اکثر اوقات یہ جسامت میں کسیقدر گھٹے ہوئے ہوتے ہیں، اگرچہ شاذ ہی اُتنے چھوٹے ہوتے ہیں جتنے کہ دبیب التہاب گردہ والے ثانوی منقبض گردے۔ ممکن ہے کہ یہ بڑے بھی ہوں۔ بعض نمونے کوئی بھلی غیر طبعی امر نہیں ظاہر کرتے، بجز اِس کے کہ اُن میں شرائین کی دبازت موجود ہوتی ہے ان گردوں کی اکثریت میں کیسہ شدت کے ساتھ چپکا ہوا ہوتا ہے، اور اگر اُسے چھیل کر اُتار لیا جائے تو اُس کے ساتھ کلوی بافت کے چھوٹے چھوٹے حصے بچ آتے ہیں۔ نیز گردے کی ساری سطح چھوٹے چھوٹے ارتفاعات (دانوں) سے ڈھکی ہوئی نظر آتی ہے، جنکی جسامت
$\frac{1}{16}$ تا $\frac{1}{8}$ انچہ ہوتی ہے، اور جو نسبتہً زیادہ تندرست بافت سے بنتے ہیں، اور ان میں 533
درمیانی نشیب حائل ہوتے ہیں جو اِنداب کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ کہیں کہیں دُوپرے بھی ہوں جن کا قطر $\frac{1}{8}$ تا $\frac{1}{2}$ انچہ مختلف ہوتا ہے اور جن میں ایک صاف سیال یا کولائیڈ مادہ بھرا ہوا ہوتا ہے۔ بعض گردوں میں قشرہ کا یہ اِنداب نہایت نا ہموار ہوتا ہے، چنانچہ بیرونی سطح پر کچھ فاصلوں سے گہری درزیں یا گڑھے نظر آتے ہیں جن کے ساتھ کیسہ چپکا ہوا ہوتا ہے، لیکن درزوں کے درمیان کی سطح چکنی ہوتی ہے۔ ایسے گردے کا رنگ زیادہ تر سرخی کے ساتھ بھورا پن لئے ہوئے ہوتا ہے، اِسی لئے اِسکا نام سرخ ذرّاتی گردہ (red granular kidney) رکھا گیا ہے۔ سارا گردہ سخت یا لوچدار ہوتا ہے۔ تراشنے پر قشرہ کبھی تنگ پایا جاتا ہے کبھی نہیں پایا جاتا۔ قشرہ اور لُبّ کی درمیانی حدِ فاصل عموماً واضح ہوتی ہے۔

خردبین کے نیچے دیکھنے پر شُریانات منتشر بیش تکوینی صلابت ظاہر کرتے ہیں (جو ملاحظہ ہو) اور ساتھ ہی اُن کے طبقات کی دبازت پائی جاتی ہے۔ یہ دبازت اتنی زیادہ ہوسکتی ہے کہ بہت سے شریانات مطموس ہوجاتے ہیں، چنانچہ جن گوبچوں اور اُنیبیبات کو اِن سے رسد پہنچتی ہے ان کا ہبوط اور وقف الدمی ذبول واقع ہوجاتا ہے اور وہ زجاجی ندباتسہ بنادیتے ہیں۔ ابتدائی ترین گوبچی تغیر یہ ہوتا ہے کہ کیسۂ باؤمن

کی غشائے قاعدی کی دبازت واقع ہو کر گچھے کے گرداگرد پھیل جاتی ہے، جس سے گچھے کی گردن میں تنگی پیدا ہو کر بتدریج اُس کی دموی رسد منقطع ہو جاتی ہے۔ بظاہر سارا گوپک سکڑ جاتی ہے، اور خاصکر گچھے کی تو یہی حالت ہوتی ہے۔ گچھے کی شکل بگڑ کر چپٹی ہو جاتی ہے، اور بالآخر اس پر چھوٹے لمفی خلیے حملہ آور ہوتے ہیں، جو اُس کی کیفی پوشش کو اور اُسکو محصور کرنیوالے نیم قمر (demilune) کو توڑ کر اندر گذر جاتے ہیں۔ اِس کے ساتھ ہی بالکل قریب کی بین رختی بافت کی شدید زجاجی کیفیت واقع ہو جاتی ہے۔ صغیر ترین کلوی شرائین کا ترقی پذیر مرض، انداب یا انقباض کے رقبوں کی تعداد میں زیادتی پیدا کر دیتا ہے۔

علامات[1]۔ منصلب الشرائین گردے کا آغاز عموماً بالکل آہستگی کے ساتھ ہوتا ہے اور بہت کم ممیز خصائص ظاہر کرتا ہے۔ درحقیقت اکثر یہانتک ہوا ہے کہ اُن مریضوں میں گردے ذرّاتی پائے گئے ہیں کہ جو دوسرے امراض سے ہلاک ہو گئے ہیں، یا ایک ایسے مریض پر دماغی نزف کا حملہ ہوا ہے جس میں کوئی ایسی علامت موجود نہیں تھی جس سے گردوں کی حالت کی جانب توجہ منعطف ہوتی۔ ابتدائی علامات، جب ادھیڑ عمر کے شخص میں واقع ہوں اور ان کی توجیہہ کسی اور طریقہ سے نہ ہو سکے تو ذرّاتی گردہ کا خیال دل میں لانا چاہیئے اور ان علامات میں سے چند یہ ہیں:۔ ناکس اور مستمر درد سر، سانس کا پھولنا، چین اِسٹو کی تنفس، جو بالخصوص رات کے وقت ہو، عام کمزوری، اور اُس قسم کا اُذیما جیسا کہ مرض قلب میں ہوتا ہے۔ کبھی کبھی کوئی علامت کافی طور پر نمایاں نہیں ہوتی، یہانتک کہ منصلب الشرائین التہاب شبکیہ (arteriosclerotic retinitis) سے بینائی متاثر ہو جاتی ہے، اور پھر مریض کی آنکھوں کا امتحان چشم بین سے کیا جاتا ہے۔ خون کا دباؤ عموماً درجۂ طبعی سے بہت بڑھا ہوا ہوتا ہے اور اس سے زیادہ بلند ہوتا ہے کہ جتنا ثانوی طور پر منقبض گردہ میں بعض اوقات انکماشی دباؤ کے لئے ۳۰۰ ملی میٹر کی قدریں پائی گئی ہیں۔ انبساطی دباؤ بھی بڑھا ہوا ہوتا ہے، لیکن متناسب طور پر نہیں۔ پیشاب طبعی ہوتا ہے

---

[1] صلابت الشریان (arteriosclerosis) اور ارتفاع الضغط (hyperpiesia) کے علامات کا بیان بھی دیکھ لینا چاہیئے۔

بجز اس کے کہ اُس میں البیومین کا خفیف سا نشانیہ اور چند سرخ خلیے، سپید خلیے اور زجاجی سسبائک موجود ہوتے ہیں۔ یوریا کی برآمد کی شرح عموماً طبعی ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ وہ قدرے کم ہو۔

بلند ضغطِ دموی اور نسبتہً چھوٹے شرائین میں تغیرات کے باعث نزفات کا واقع ہوجانا ممکن ہے۔ علاوہ شبکیتی نزفات کے، رعاف عام ہے اور بَرَہ ہیُورا اور معدے اور آنت سے ادماء کا ہونا بھی ممکن ہے۔ اہم ترین امر دماغی نزف ہے، جو ممکن ہے کہ ہلاکت پیدا کردے۔ یہ نزف قاعدی عقود کے قرب و جوار میں، جسر میں، یا نخاع مستطیل میں واقع ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ سحایا کے اندر نزفات واقع ہوجائیں۔

موت کا عام ترین سبب بیش پروردہ قلب کا فشل ہے۔ عضلی قلبی انحطاط سے یہ اکثر جلد تر واقع ہوجاتا ہے۔ قلب کی مختلف خطرناک بیقاعدگیاں واقع ہوسکتی ہیں۔ مثلاً اُذینی رشکی انقباض (auricular fibrillation)، نبض متبادل (pulsus alternans)، قلبی مسدودی (heart block)- مطرانی مصراع عدیم الکفایت ہوجاتا ہے، اور آخرکار ایک فشل پذیر مصراعی مرض کی کامل تصویر نمویاب ہوجاتی ہے، جس کے ساتھ ایک مطرانی انکماشی خریر (mitral systolic murmur)، پھیپھڑوں اور جگر کا اختناق، استسقاء شکمی (ascites) اور جسم کے اسفل نصف کا استسقا (dropsy) یہ سب پائے جاتے ہیں۔ پیشاب اُسی طریقہ سے متغیر ہوجاتا ہے جیسا کہ فشل پذیر مصراعی مرض میں ہوتا ہے، یعنے وہ قلیل المقدار، گہرے رنگ کا ہوجاتا ہے اور البیومین زیادہ ہوجاتا ہے اور سبائک ذراتی ہوجاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ نبض کچھ عرصہ تک اپنی صلابت قائم رکھے، لیکن بالآخر خون کا دباؤ گرجاتا ہے۔

جوں جوں اصابت ترقی کرتی ہے عموماً کلوی فشل کے خفیف آثار نظر آتے ہیں، جیسا کہ ۴۰ تا ۵۰ ملی گرام فیصدی دموی یوریا سے ظاہر ہوتا ہے، اور یوریا کی برآمد کی شرح قدرے کم ہوجاتی ہے لیکن کلوی تغیرات عموماً اہم نہیں ہوتے، اِلّا اس صورت میں کہ اصابت ناگہانی حاد التہاب گردہ سے پیچیدہ ہوجائے اور ایسا ہونے پر ممکن ہے کہ مریض جلد ہی یوریا دمویت (خبیث صلابت =malignant sclerosis) سے لیکن زیادہ اکثر حاد فشلِ قلب سے ہلاک ہوجائے (24)-

تشخیص۔ حالات ذیل میں اوّلی منقبض گردے کی تشخیص جائز ہوگی:۔
پیشاب میں البیومن کی خفیف مقدار جس کے ساتھ خرابیٔ صحت کے علامات، اور قلبی عروقی اختلال کے مظاہر ہوں، مثلاً خون کے دباؤ کی زیادتی، دبازت شرائین، قلبی بیش پرورش شبکیتی نزفات، یا التہاب شبکیہ اور پاؤں کا اُذیما۔
مریض کی علالت کے زیادہ ترقی یافتہ درجہ میں، صرف سریری مظاہر پر ہی یہ متعین کرلینا نہایت مشکل ہوتا ہے کہ آیا اصابت اوّلی مصراعی (primary valvular) مرض یا عضلی قلبی مرضِ قلب (myocardial heart disease) کی ہے جس میں محتقن گردوں کی وجہ سے البیومن بولیت ہے، یا کہ وہ اصابت ذراتی گردے کی ہے، جس میں ثانوی بیش پرورش اور اتساع قلب ہے۔ دونوں حالتوں میں ایک محدود المقام انکماشی خریر راسِ قلب پر ہونا ممکن ہے۔ انبساطی یا پیش انکماشی مطرانی خریرات سے، اور اس سے بھی زیادہ، اورطی خریرات سے اوّلی مرضِ قلب کی تائید ہوتی ہے۔
متصلب الشرائین گردہ اور ثانوی منقبض گردے کی تمثیلی اصابتوں کے درمیان تفریق کرنے میں کوئی دقت نہیں ہوسکتی۔ آخرالذکر حالت میں البیومن عموماً بافراط اور مریض نسبتہً نوعمر ہوتا ہے، خون کا دباؤ چنداں زیادہ نہیں ہوتا، اور پیشاب زیادہ رقیق ہوتا ہے۔ درحقیقت اِس کی تصویر ازابتدا تا انتہا واضح طور پر کلوی ہوتی ہے۔ لیکن اول الذکر حالت میں علامات بالخصوص دورانِ خون سے متعلق ہوتے ہیں۔
انذار۔ یہ ناموافق ہوتا ہے، لیکن بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ بہت اصلاح ہوجائے اور زیادہ عمر تک زندگی بڑھ جائے۔ قلب جس قدر زیادہ حد تک ماؤف ہوگا طویل حیات کی امید اُسیقدر کم ہوگی۔
علاج وہی ہے جو کہ صلابت شریانی اور ارتفاع الضغط کا ہوتا ہے (جو ملاحظہ ہوں)۔ بعض اوقات کم پروٹین والی نباتی غذا سے، جو گذشتہ باب میں بیان کی گئی ہے، حیرتناک نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ مزمن مرض قلب کا علاج بھی ملاحظہ ہو۔

گُردے کی معلوم جراثیمی سرائتیں

جراثیم بولیت اور عصیّہ بولیت

(bacteriuria & bacilluria)

پیشاب میں مندرجہ ذیل عضویات پائے جاتے ہیں :- معائی گردہ اور تدرن کے عصیات، بروسیلۂ تپ مالطائی (Brucella melitensis)، نزف یرقانی نحیف مرغولہ (Leptospira icterohæmorrhagica)، اور فلیقہ خون باشش (Schistosomum hæmatobium) کے بیضے۔ اور یہ سب متناظر نوعی امراض کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ نبقات عنبیہ عام طور پر تناسلی بولی تدرن یا حصوات کے ہمراہ پائے جاتے ہیں، یا گردے کے مفعمات کے ساتھ ثانوی طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ نبقات عنبیہ ابیض کو بولی منفذ سے کاشت کیا جا سکتا ہے، لہٰذا ان کے چند عمیرات کو نظر انداز کیا جا سکتا ہے، اور عصیہ ڈفتھیریا نما کا بھی یہی حال ہے۔ عصیہ ریم ازرق، ایک زیادہ قشبی عضویہ کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ نبقات سوزاکیہ التہاب مجری البول یا پھوٹے ہوئے قدامی پھوڑے سے آ سکتے ہیں، اور پیشاب کی شدید سرایت زدگی مثانہ اور قولون کے درمیان ناسور کا نتیجہ ہو سکتی ہے۔

چونکہ گردے جوئے خون سے فضلات کو خارج کرتے ہیں، لہٰذا یہ تعجب خیز نہیں کہ جراثیم بولیت ایک خاصی عام حالت ہوتی ہے، اور اس امر پر بحث و تمحیص رہی ہے کہ آیا کلوی سر حلمہ کا کوئی ضرر موجود ہوئے بغیر بھی جراثیم کا اخراج ممکن ہے؛ فی الحقیقت تپ محرقہ کی عصیہ بولیت میں تو ایسے ضرر صریح نہیں ہوتے، اگرچہ اگر وہ محض خرد بینی ہوں تو ان کا خارج از بحث کرنا نہایت مشکل امر ہوگا۔ مزید برآں جوئے خون میں دورہ کرنے والے نبقات سبحیہ جو عفونت الدم کے طور پر ہوں یا کسی اولی مرکز مثلاً التہاب زدہ لوزتین سے حاصل شدہ ہوں پیشاب میں پائے جا سکتے ہیں، اگرچہ

اغلب ہے کہ وہ گردے میں سدادی مراکز کے طور پر جانشین ہونے کے بعد کلوی سرحلمہ میں سے کھسک جاتے ہیں۔ تاہم بیشتر اصابتوں میں بلاشبہ جراثیم بولیت کے یہ معنی ہیں کہ التہاب الکلیہ وحوض الکلیہ موجود ہے، جیسا کہ آگے بیان کیا گیا ہے۔ یہ حالت عمومی عصیہ قولونی کے ساتھ بالخصوص پائی جاتی ہے، جو اہم ترین بولی عضویہ ہے اور جو ممکن ہے کہ پیشاب کے اندر تعدادِ کثیر میں موجود ہو اور پھر بھی صرف چند ہی علامات پیدا کرے۔ "غیر تمثیلی عصیہ قولونی" بالعموم عصیہ کثیر الاشکال کے طور پر بولی خطہ کی مزمن سرایت کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔

اوپر جو کچھ بیان ہوا ہے اُس سے اندازہ ہوگا کہ بیشتر اصابتوں میں اسباب 535
وہی ہیں جو التہاب کلیہ وحوض الکلیہ کے ہوتے ہیں۔

پیشاب کی حالت۔ پیشاب خارج ہونے پر اکثر صاف ہوتا ہے لیکن رکھا رہنے پر اُس کی تہ میں ایک مخاط جیسی تہ جم جاتی ہے، اِس سے اوپر کو ایک گندلا پن ہوتا ہے، اور چوٹی پر ایک صاف تہ ہوتی ہے۔ یا پیشاب بالکل گندلا ہوتا ہے اور رکھا رہنے پر اُس کا یہ گندلا پن صاف نہیں ہوتا۔ پیشاب عموماً ترشئی ہوتا ہے، اور گرم کرنے اور ایسیٹک ایسڈ ملانے سے، یا قلوبات سے صاف نہیں ہوتا۔ ریمی خلیات اور البیومن کی موجودگی (خواہ یہ تھوڑی مقدار ہی میں ہوں) ثابت کرتی ہے کہ التہاب کلیہ وحوض الکلیہ موجود ہے۔ جب پیشاب بدبودار ہو اور پیپ، مخاط، اور مثانی سرحلمہ موجود ہو، تو اِس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ التہاب مثانہ موجود ہے۔

التہابِ کلیہ وحوض الکلیہ
(pyelonephritis)

التہاب حوض الکلیہ (pyelitis)

اِس مرض کے لئے التہاب حوض الکلیہ کی اصطلاح بیس سال سے اوپر سے مستعمل ہے۔ تاہم بعد الممات شمار واعداد سے اس امر کی شہادت ملتی ہے کہ گردے کی ان غیر تدرنی سرایتوں میں تنہا التہابِ حوضِ کلیہ غیر عام ہے اور وہ صرف ۵ فی صدی اصابتوں کی توجیہ کرتا ہے، الا اس صورت میں کہ سیلانِ بول میں تسدد بھی موجود ہو، جب کہ التہابِ

حوض کلیہ ۲۵ فی صدی اصابتوں میں واقع ہوتا ہے (30) ۔ حقیقت یہ ہے کہ وہ مرض جسے عام طور پر التہابِ حوض کلیہ کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، بیشتر اصابتوں میں التہابِ کلیہ وحوض کلیہ (pyelonephritis) ہے، جو گردے کے جرم میں شروع ہو کر حوض تک پھیل جاتا ہے، اور یہ سریری طور پر اس واقعہ سے ثابت ہے کہ عموماً پیشاب میں البیومن کی مقدار اُس سے زائد ہوتی ہے کہ جتنی کی موجودہ پیپ (یا خون) کی بنا پر توجیہ کی جا سکتی ہے، جس سے ثابت ہوتا ہے کہ ضرور خود گردہ ماؤف ہے۔

بحث اسباب ۔ التہاب کلیہ وحوض کلیہ متعدد اسباب سے پیدا ہو جاتا ہے، جن میں سے مندرجہ ذیل شناخت کئے گئے ہیں :- (۱) تارپین (turpentine) اور تیلینی مکھی (cantharides) کا فعل جب کہ اِن کا اندرونی استعمال کرایا جائے۔ (۲) معدی معوی التہاب (gastro-enteritis)، التہابِ قولون (colitis)، مرضِ مرارہ، التہابِ زائدہ دودیہ (appendicitis)، حموی عوارض جیسے کہ تپ معویہ اور ٹائفس کی تپ، حمیات طفحیہ (exanthemata) اور تقیح الدم (pyæmia)، نیز داء الحفر، خناق وبائی اور ہیضہ ۔ (۳) یہ مرض برائٹ اور ذیابیطس میں بھی واقع ہو سکتا ہے، آخر الذکر میں شاید شکری پیشاب کی خراش کے نتیجہ کے طور پر۔ (۴) بہت سی اصابتیں ایک واضح مقامی سبب کا نتیجہ ہوتی ہیں ۔ جیسے کہ حوض کلیہ اور قمعاتِ کلیہ میں اجسام غریبہ کی خراش، بالخصوص حصات اور ریگ، نیز کیسہ، خون کے تھکے اور سرطان کی۔ (۵) پیشاب کے گزرنے میں تسدد بھی اسے پیدا کر سکتا ہے کیونکہ وہ محتبس پیشاب کی تحلیل واقع کرتا ہے ۔ یہ تسدد مجریٰ بول کے تضیق، بڑھے ہوئے غدۂ قدامیہ، گردے یا مثانہ کے پتھر کے باعث اور شوکہ یا نخاع کے مرض یا تفزر سے احتباس بول ہونے کے باعث ہو سکتا ہے۔ (۶) التہاب مثانہ (cystitis) اور اسفل بولی گذرگاہوں میں دوسرے اقسام کے التہاب کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ التہاب حالب کے باہر کی عروق لمفائیہ میں اوپر کی طرف پھیل کر حوض کلیہ میں پہنچ جائے ۔ یہ واقعہ کہ التہاب کلیہ وحوض کلیہ عورتوں میں تین گنا زیادہ عام ہے، ظاہر کرتا ہے کہ گردہ کو سرایت عام طور پر نیچے سے اوپر کی طرف پھیلتی ہے، مثلاً التہاب فرج ومہبل سے جو کہ نہایت

نوعمر لڑکیوں میں ایک عام منبع ہے۔ (۷) کوئی واضح اولی مرکز نہیں ہوتا، لہذا یہ امر خاصا یقینی معلوم ہوتا ہے کہ سرایت جوئے خون کی راہ سے گردے میں پہنچتی ہے۔ عموماً صرف ایک ہی گردہ ماؤف ہوتا ہے۔ ایسی اصابتیں اچھی ہو جاتی ہیں، لیکن ان میں اکثر نکس واقع ہو جاتا ہے۔

عصیہ قولونی (colon bacillus) ۷۶ فی صدی اصابتوں میں تسبیبی عضویہ پایا گیا، جس کی وجہ غالباً قولون کی نزدیکی ہے۔ بقیہ اصابتوں میں نبقات پائے گئے جن میں نبقہ عنبیہ ذهبیہ (S. aureus) بھی شامل تھا(31)۔ نبقات سبحیہ اور نبقات عنبیہ اور دوسرے عضویات عام طور پر عصیہ قولونی سرایت کے ہمراہ پائے گئے ہیں۔ حمل سرایت کی استعداد پیدا کرتا ہے، کیونکہ جنین کی معمولی وضع میں ممکن ہے کہ رحم حالب پر دباؤ ڈال کر اس کا جزئی تسدد اور اوپر حوض کلیہ کا اتساع پیدا کردے۔

مرضی تشریح۔ التہاب کلیہ و حوض کلیہ کی نہایت حاد صورت کی عام شکل میں گردہ متورم، نرم، ممتلی، اور التہابی خلیوں سے عموماً درریختہ ہوتا ہے، مگر اس میں پھوڑا نہیں بنتا۔ ممکن ہے کہ اس قسم میں گنگرین پیدا ہو جائے۔ لیکن کلوی سرایتوں کی زیادہ عام شکلیں مقامی ہوتی ہیں، جرم گردہ کے ایک خلقہ کو ماؤف کرتی ہیں، اور انھیں عام لحاظ سے مفعمہ کی قسم کا کہہ سکتے ہیں۔ ان کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ ان میں پیپ کی کثیر التعداد زرد دھاریاں موجود ہوتی ہیں، جو نصف قطری سمت میں سطح سے قشرہ میں سے ہو کر اندر کی طرف بلکہ اہرام کے اندر پھیل آتی ہیں۔ وہ بعض اوقات

536 فانہ نما، یا مخروطی ہوتی ہیں، جن کا قاعدہ سطح پر ہوتا ہے، اور دوسری اصابتوں میں محض لکیر کی طرح ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ مفعمہ ایک بے قاعدہ خراجی کہفہ کے اندر پھوٹ پڑے، جو حوض کلیہ کے اندر پیپ خارج کرتا ہے۔ دوسرے گردوں میں، جن میں غالباً سدادی سرایت نسبتاً کم مجتمع رہی ہے، یہ رقبہ سطح میں چھوٹے چھوٹے پھوڑوں کا ایک گروہ ظاہر کرتا ہے اور یہ تراشس میں گردے کے اس خلقہ میں بھی نظر آتے ہیں جو سطح پر کے پھوڑوں سے متناظر ہوتا ہے۔ ایسی ریمی درریزش کی کئی جکتیاں ہو سکتی ہیں، جن کے درمیان کے گردے کے حصے تندرست ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ

صرف ایک ہی گردہ ماؤف ہو۔

مقامی مغمہ کی قسم کا التہاب کلیہ و حوض کلیہ دوسرے حصوں کے ریمی ضربات کی طرح مندمل ہو سکتا ہے۔ اس کا ندبہ جرم گردہ کے ایک فلقہ پر مشتمل ہوتا ہے جو سطح پر نشیب دار یا گڑھے کی طرح ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ ہی بعض اوقات حوض کلیہ کا ایک مقامی اتساع بھی ہوتا ہے۔ کبھی کبھی جرم گردہ کے ایک فلقہ میں خانہ دار دوبیرے ہوتے ہیں، جن کی شکل اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ وہ ایک عفن انفعامی رقبہ سے پیدا ہوئے ہیں۔ بعض دوبیرے جو امتحان بعد الممات میں ملتے ہیں اور سرسری طور پر "پیدائشی" تصور کر لئے جاتے ہیں، غالباً اسی طریقہ سے پیدا ہوتے ہیں۔

گرد کلوی پھوڑا (perinephric abscess) اکثر بار ایک قشری خراج کے گرد کلوی بافتوں میں پھیل جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

حقیقی حاد التہاب حوض الکلیہ میں غشائے مخاطی متورم اور اس کے عروق مشرب ہوتے ہیں۔ اکثر نزف کے چھوٹے چھوٹے دھبے موجود ہوتے ہیں۔ بعض اوقات التہاب ایک ڈفتھیریائی شکل اختیار کر لیتا ہے، اور سطح سے جابجا جھلی کی جلکتیاں چپکی ہوتی ہیں۔ حصاتی التہاب حوض کلیہ میں ممکن ہے کہ پتھری کی موجودگی کی وجہ سے سطح کا تقرح موجود ہو۔ اور جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے ایسے تقرح سے انثقاب اور گرد کلوی التہاب پیدا ہو سکتا ہے۔ یا اگر پتھریوں کے اپنی جگہ سے ہٹ جانے کے باعث یا عفن اخراجات سے حالب کے متسدد ہو جانے کے باعث التہابی مادہ محبوس ہو جائے تو پھر تقیح حوض الکلیہ پیدا ہو جاتا ہے۔

اس قسم کے التہاب گردہ کو جو التہاب کلیہ و حوض کلیہ کے متواتر حملوں اور انداب سے پیدا ہو جاتا ہے، ذبولی التہاب کلیہ و حوض کلیہ (atrophic pyelonephritis) کہتے ہیں۔ یہ ایک یا دونوں جانب واقع ہو سکتا ہے۔ گردہ چھوٹا، منقبض، اور متلیف ہوتا ہے، اور انتہائی اصابتوں میں ممکن ہے کہ جرم گردہ کچھ باقی نہ رہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ اسے مرض برائٹ کے ثانوی منقبض گردے سے تمیز کرنا نہایت مشکل ہو۔ خاص امتیازی فروق یہ ہیں کہ ذبولی التہاب کلیہ و حوض کلیہ میں لیفیت اور ذبول خالی آنکھ کو حکیتی دار نظر آتے ہیں، اور سطح کا بیقاعدہ

کھردرا انداب موجود ہوتا ہے۔ حوض کلیہ، قمعات اور کمامات کا اتساع ہوتا ہے، اور یہ بھی ممکن ہے کہ صرف ایک یا دو کمامات ہی ماؤف ہوں۔ کلوی اہرام چپٹے ہو جاتے ہیں، یا ممکن ہے کہ صرف ایک یا دو کمامات ہی ماؤف ہوں۔ کلوی حوض میں پیپ اور پیشاب کے علاوہ خون، پتھریاں، یا دوسرے اجسامِ غریبہ ہو سکتے ہیں جن سے خرابی پیدا ہو گئی ہے۔ اور بولی ملحات کا جماؤ ہو سکتا ہے، یعنے ترشئی بول کے اندر یوریٹیس (urates) کا، اور اگر، جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، پیشاب قلوی یا ایموتیائی ہو تو فاسفیٹس کا۔ بعض کہنہ اصابتوں میں گردہ اس قدر غدبول ہوتا ہے کہ اس میں سوائے اُس کے کیسہ اور فاصلات کے اور کچھ باقی نہیں رہتا جو کہ کہفے بنا دیتے ہیں، اور ان کہفوں میں پُوٹین جیسے تودے موجود ہوتے ہیں جو پیپ کی تغلیظ اور عدیم الشکل فاسفیٹس کے جماؤ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

علامات ۔ حاد التہاب کلیہ و حوض کلیہ کی خفیف ترین شکل میں، جس میں شاید التہاب کی صرف ایک یا دو ہی چکتیاں ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ علامات اتنی کافی شدید نہ ہوں کہ مریض کسی طبیب کو بلائے۔ زیادہ شدید شکل میں اکثر کمر میں کیقدر دھیما مستمر درد ہوتا ہے، جو دبانے سے بڑھ جاتا ہے اور اس کے ساتھ ہی عضلاتِ شکم میں استواری ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ کمر میں ایک بڑی الیم گانٹھ محسوس ہو۔ بخار موجود ہوتا ہے، اور کبھی کبھی قشعریرات اور خلیات ابیض کی کثرت۔ ممکن ہے کہ پیشاب بار بار اور درد کے ساتھ ہو اور احتباس بول بھی ہو سکتا ہے۔ شاید حوضی اور قمعی سرحلمہ کے خلیے تمیز ہو سکیں۔ وہ مخروطی، ناشپاتی نما یا ہکلہ نما شکل کے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض کو قئے ہو، خاص کر اُس وقت جب کہ درد شدید اور قولنجی ہو۔ جہاں یہ التہاب کلیہ و حوض کلیہ، خطۂ بولی میں کی کسی دوسری جگہ کی سرایت کے ہمراہ ثانوی طور پر ہوتا ہے، تو آخر الذکر سرایت کی دوسری علامات بھی موجود ہوں گی۔ سب سے زیادہ شدید شکل میں ممکن ہے کہ تپش مسلسل یا متفرق طور پر بلند درجہ پر ہو، نبض سریع و ضعیف ہو اور ٹائفائڈی حالت کے تمام ممیز خصائص موجود ہوں، یعنے عدم اشتہا، خشک بھوری مشقوق زبان، متلی اور قئے، بعض اوقات اسہال، پسینہ، اور سریع نحول۔ جب دونوں گردے وسیع طور پر ماؤف ہوتے ہیں تو کلوی فعل میں مداخلت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ خون میں یوریا زیادہ ہو جائے، ترشہ دمویت اور تمثیلی کلوی اُذیما ہو، اور بالآخر نہاکتی یوریا دمویت 37

تمثیلی علامات ظاہر ہوجائیں، یعنے قوما، عضلات کے جھٹکے، اور جوع الہوا۔
دو سال سے کم عمر کے بچوں کے التہاب کلیہ وحوض کلیہ میں ایک گروہ مہلک اصابتوں کا ہے جو کسی دوسری جگہ کی سرایت کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہوجاتی ہیں مثلاً التہابِ اُذن وسطی (otitis media)، معدی معوی التہاب (gastro-enteritis) اور ریوی مرض (pulmonary disease) کے بعد۔ زیادہ عمر کے بچوں میں ممکن ہے کہ صرف سَلَس البول ہو اور پیشاب بار بار آئے، اگرچہ کلوی مرض کے مقامی علامات کچھ وقفوں کے ساتھ واقع ہو سکتے ہیں۔ جب کسی بچے میں سلس البول کی اصابت پائی جائے تو اُس میں ہمیشہ عصبیہ بولیت اور التہاب کلیہ وحوض کلیہ کے لئے جستجو کرنی چاہیے۔
ممکن ہے کہ خفیف اصابتوں میں پیشاب کے اندر ریمی خلیات، جراثیم (ملاحظہ ہو عصبیہ بولیت)، شاید چند دموی خلیات، اور قدرے البیومن موجود ہو، اور پیشاب عموماً ترشئی ہوتا ہے۔ نسبتہً زیادہ شدید اصابتوں میں پیشاب کے اندر پیپ معتد بہ مقداروں میں موجود ہوتی ہے (صدید بولیت =pyuria)۔ جب پیشاب کیا جائے تو وہ مکدر ہوتا ہے، اور جب پیپ تہ نشین ہوتی ہے تو وہ گلاس کی تہ میں ایک نہایت پھیکے رنگ کا زرد ملائی جیسا جماؤ بنا دیتی ہے، اور یہ پیپ پیشاب کے ساتھ صرف خط انصال کے مقام پر ہی مخلوط ہوتی ہے۔ اس جماؤ کی نوعیت کی تعیین خرد بینی یا کیمیائی کاشفات سے کی جاسکتی ہے، مثلاً اگر اوپر تیرتا ہوا مایع پھینک کر دُرد میں قدرے لائکر پٹاسی (liquor potassæ) ملا دیا جائے تو اِس سے اُس کا رنگ بہ سرعت غائب ہوجاتا ہے، اور وہ نیم شفاف ہو کر ایک لزج لسلسا مایع بن جاتا ہے۔ اگر اسے ایک ظرف سے دوسرے ظرف میں ڈالا جائے تو یہ ایک کم و بیش ملتصق تودے کی صورت میں گرتا ہے۔
اگر پیشاب جسم کے اندر ہی تحلیل ہو کر قلوی ہو جائے تو بھی پیپ میں یہی لسلسا تغیر واقع ہو جائیگا اور پیشاب ملائی جیسی پیپ کے ساتھ نہیں بلکہ اِس لزج، انڈے کی سپیدی جیسے سیال کے ساتھ مخلوط ہوگا۔ یہ بعض اوقات التہاب کلیہ وحوض کلیہ اور تقیح حوض کلیہ میں واقع ہوتا ہے اُس وقت جب کہ تمدد حوض کلیہ کے اندر محبوس شدہ پیشاب میں بالآخر تحلیل واقع ہو جائے۔ اور یہی التہاب مثانہ میں بھی اسی سبب کے باعث واقع ہوتا ہے۔
ممکن ہے حالب کے تسدد سے ریمی پیشاب محتبس ہو جائے، جس سے استسقاء الکلیہ

(hydronephrosis) (جو ملاحظہ ہو) یا تقیح حوض گردہ پیدا ہو جاتا ہے۔

مزمن التہاب کلیہ وحوض کلیہ اور ذبولی التہاب کلیہ وحوض کلیہ میں ممکن ہے کہ مقامی درد اور البیمیت تقریباً غایب ہوں، چنانچہ تشخیص میں وقت پیش آتی ہے۔ قطع نظر عصبیہ بولیت کے، پیشاب کا نمایاں طور پر غیر طبعی ہونا ضروری نہیں۔ معلوم یہ ہوتا ہے کہ مریض کو عصبی نہاکت (neurasthenia) یا مزمن خرابی صحت ہے، اور ممکن ہے کہ نہاکتی یوریا دمویت (asthenic uræmia) اس منظر کا خاتمہ کردے۔ ان حالات میں خون کا دباؤ ہرگز ہمیشہ بلند نہیں ہوتا اور نہ قلب بیش پروردہ ہوتا ہے۔

تشخیص۔ التہاب کلیہ وحوض کلیہ کو اُس کے مقامی اُمارات سے، اور پیشاب کے اندر ریمی خلیوں کی موجودگی کی بنا پر شناخت کر لینا چاہیے۔ تمثیلی پیشاب صفحہ 535 پر بیان کیا گیا ہے۔ یوروسیلکٹان تشخیص کا ایک عمدہ ذریعہ ہے، کیونکہ اس سے گردہ کی وظیفی استعداد اور حوض کی جسامت ظاہر ہو جاتی ہے۔ تقہقری حوض نگاری اور قثطرت کے بعد پیشاب کی کاشت بھی استعمال کئے جاتے ہیں، لیکن التہاب مثانہ ہو تو نہیں۔

تقیح حوض الکلیہ اُن منعدد اورام کے ساتھ خلط ملط ہو سکتا ہے جو دائیں کوکھ میں پائے جاتے ہیں اور جن کا ذکر گرد کلوی خراج (perinephric abscess) کے تحت کیا جائے گا۔ آخر الذکر کو تقیح حوض گردہ سے ہمیشہ تمیز نہیں کیا جا سکتا۔ لیکن استسقاء الکلیہ میں کوئی ارتفاع تپش نہیں ہوتا۔

انذار کا انحصار بہت کچھ اولی سبب پر ہوتا ہے۔ وہ التہاب کلیہ وحوض کلیہ جس میں سیلانِ بول میں کوئی تسدد نہو، عموماً اچھا ہو جاتا ہے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ وہ عرصہ دراز تک کم و بیش جاری رہے۔ تقیح حوض گردہ ایک خطرناک ضرر ہے، اور ممکن ہے کہ وہ سینہ یا شکم ایس انثقاب واقع ہو جائے، مسلسل اخراج مواد کی وجہ سے خستگی پیدا ہو جائے یا چربشی مرض (lardaceous disease) کے وقوع کے باعث مہلک ثابت ہو۔ شاذ اوقات یہ بھی ہوتا ہے کہ پیپ مغلظ ہو جاتی ہے، اور ایک گردہ ضائع ہو کر شفا ہو جاتی ہے۔ کلوی وظیفہ کے کاشفات سے ظاہر ہو جائے گا کہ آیا یوریا دمویت کا خطرہ ہے یا نہیں۔

تحرمنز۔ بولی اعضا کے علاج کے دوران میں یہ ہمیشہ یاد رکھنا چاہیے کہ التہاب کلیہ

وحوضِ کلیہ کا پیدا ہو جانا ممکن ہے۔ نخاعی اصابتوں میں اس امر کی کوشش ضروری ہے کہ التہاب مثانہ نہ پیدا ہونے پائے۔ جنگی تجربہ کی بنا پر ایسی اصابتوں میں اب قثاطیر کا استعمال بہت محدود کر دیا گیا ہے، کیونکہ ایسے ذرایع سے سرایت داخل ہو جاتی ہے۔ اُن اصابتوں میں جن میں نخاع بالکل منقطع ہو گئی ہو بعض معکوسات سے کام لیا جا سکتا ہے جو نمو یاب ہو جاتے ہیں۔ نوبی وقفوں کے ساتھ جلد کو متہیج کیا جاتا ہے۔ اس سے جوارح میں خم کن مجیبتیں (flexor responses) پیدا ہوتی ہیں، اور انقباضِ مثانہ واقع ہو کر مثانہ بالکل خالی ہو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں جب التہابِ مثانہ موجود ہو تو مثانہ کو کسی دافعِ عفونت محلول، مثلاً سیلی سلیٹ آف سوڈیم (۱ اونس میں ۵ گرین) کونین (۱ اونس میں ۱ یا ۲ گرین)، یا بورکیس (۱ اونس میں ۵ گرین)، سے دھوڈالنا چاہیئے۔ اور یوروٹروپین (urotropin) (۱۰ گرین) یا ہیلمیٹال (helmitol) کا داخلی استعمال کرنا چاہیئے۔ قثاطیر کے ذریعہ مسلسل تسئیل کرنے کی ضرورت ہے۔

علاج - اگر پیشاب کے بہاؤ میں رکاوٹ ہے تو طبی علاج سے کم فائدہ ہوگا، کیونکہ حالت جراحی ہے۔ قثاطیر کے ذریعہ مسلسل تسئیل سے مرض میں تخفیف ہو سکتی ہے۔ حاد اصابتوں میں جو کہ عمومی عصیہ قولونی کے باعث ہوتی ہیں، پہلا علاج یہ ہونا چاہیئے کہ سارے چوبیس گھنٹوں میں بول کو قلوی کیا جائے، جیسا کہ حاد التہاب گردہ کے تحت بیان کیا گیا ہے، اور بہ افراط سیال لینا چاہیئے۔ اگر یہ کارگر نہ ہو تو دو یا تین ہفتوں کے بعد ہیگزامین (hexamine) ۶ تا ۱۰ گرین کی معتادوں میں دیجاتی ہے اور اب ۳۰ گرین ایسڈ سوڈیم فاسفیٹ روزانہ تین یا چار بار علیحدہ دے کر بول کو ترشی کر دیا جاتا ہے۔ اس کی متبادل ترکیب یہ ہے کہ کیلیشیم کلورائیڈ ۱۵ گرین ایک سیلال کیپسیہ (salol capsule) میں دن میں ۵ مرتبہ دیا جائے، لیکن اس سے بدہضمی ہو سکتی ہے۔ بیٹین ہائڈروکلورائڈ (betain hydrochloride) ہر معتاد میں ۷ گرین دینا، ترشہ دینے کا ایک دوسرا طریقہ ہے۔ پیشاب کی ترشگی کا امتحان کرنا ایک ضروری چیز ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 508)۔ جب بول ابتدا سے قلوی ہو تو ہیگزامین اور ترشگی علاج کا استعمال پہلے ہی کرنا چاہیئے۔ یہ دونوں علاج کئی بار متبادلاً کیئے جائیں۔ دشوار علاج اصابتوں میں، بالخصوص بچوں میں، بعض اوقات مصنوعی کیتونیت پیدا کر دینے سے کامیابی

حاصل ہو جاتی ہے۔ کاربوہائڈریٹ غذا کو خوراک سے حتی الامکان خارج کر دیا جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بول سے ایک قوی اور نمایاں تعامل راتھیرا (Rothera's reaction) حاصل ہونے لگتا ہے۔ اسے ایک یا دو ہفتے تک جاری رکھا جائے، لیکن اس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ ایسی غیر فطری غذا سے بچہ کی غذائی قنال میں خرابی نہ پیدا ہو جائے۔ نہایت مزمن اصابتوں میں روغن چوب صندل (sandal-wood oil) کوپیبا (copaiba)، اور بینزائک ایسڈ (benzoic acid) یا سیلال (salol) دینا چاہیئے، یا جیلاتین کے کیپسول میں ۰.۳ گرام ہیکزل ریسار سنال (hexyl resorcinol)۔ مغذی غذا، جس میں بہت سی حیاتینیں ہوں، اور اضلاع کی تازہ ہوا یا سمندر کے کنارے کی ہوا مناسب ہیں۔ درد کے لئے ٹنکچر ہیا سیامی (tr. hyoscyami) ۱۰ منم دیا جائے، اور بالخصوص اگر خون زیادہ آتا ہو تو خشک محجمہ کا استعمال کیا جائے۔ مینڈلک ایسڈ سے علاج، جو کہ حال ہی میں رائج کیا گیا ہے، حسب ذیل ہے:۔ مینڈلک ایسڈ ۴۵ گرین، سوڈا بائی کارب ۲۰ گرین، اکوا منتھا پپ (aq. menth. pip.) ایک اونس تک چار مرتبہ دن میں۔ پیشاب کو امونیم کلورائیڈ (ammonium chloride) دے کر ترشئی بنایا جاتا ہے، مثلاً اس کے ۳۰ گرین، ایکسٹریکٹ گلسرائزا ½ اونس، ایکوا کلوروفارم ایک اونس تک، دن میں تین مرتبہ۔ میتھل ریڈ (methyl red) (۵ قطرے ۲ مکعب سینٹی میٹر آب کشیدہ میں) پیشاب میں ملایا جائے تو اس کی رنگت نارنجی ہونی چاہیئے۔

انتقالی التہاب گردہ

(metastatic nephritis)

یہ ایک مشکوک امر ہے کہ انتقالی التہاب گردہ کے عنوان کے تحت ایک جداگانہ مرض بیان کرنا درحقیقت درست بھی ہے یا نہیں، کیونکہ التہاب کلیہ و حوض کلیہ (pyelonephritis) بیشتر اصابتوں میں ایک محمولہ خون سرایت ہوتی ہے۔ یہ واقعہ ہے کہ تنقی عنبی تقیح الدم (staphylococcal pyæmia) میں گردہ کے قشرہ میں انتقالی خراج کا ملنا کافی عام ہے۔ جب یہ پھوڑے آر پار راستہ کر کے مجمع آنابیب اور حوض گردہ

اندر پھوٹ پڑتے ہیں تو ایک حقیقی التہاب کلیہ وحوض کلیہ پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن بالعموم یہ حوض کلیہ سے بے تعلق رہتے ہیں یا پھیلکر گرد کلوی پھوڑا (perinephric abscess) بنا دیتے ہیں۔ چنانچہ انتقالی التہاب گردہ لازماً نازل التہاب گردہ وحوض گردہ (descending pyelonephritis) کا ایک ابتدائی مرحلہ ہوتا ہے، اور اس کے علامات پہلے بیان ہو چکے ہیں۔ اُن اصابتوں میں جن میں امتحانِ لاش میں انتقالی خراجات تقیح الدم کے جزو کے طور پر پائے جائیں، علامات تقیح الدم کے ہی ہوتے ہیں اور کلوی خراجات محض ضمنی ہوتے ہیں۔

خبیث التہاب درون قلبیہ (malignant endocarditis) میں انتقالی خراجات کبھی کبھی مختلف الجسامت سِدادی مقعمات کی شکست و ریخت سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ یہ مخروطی ہوتے ہیں، لیکن عموماً التہاب کلیہ وحوض کلیہ کے پھوڑوں سے مختلف شکل کے ہوتے ہیں، اور اُن کا قاعدہ نسبتہً زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ تاہم چونکہ مقعمات اکثر نبقات سبحیہ اخضر کے باعث ہوتے ہیں، لہذا وہ عموماً ٹوٹ پھوٹ کر پیپ نہیں بناتے۔ سِدادی انفعام درد سے اور بول کے اندر خون اور البیومن کی موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے۔

التہاب گرد کلیہ اور خراج گرد کلوی

(perinephritis and perinephric abscess)

التہابِ گرد کلیہ کی اصطلاح گردے کے آس پاس کی بافتوں کے التہاب کیلئے استعمال کی جاتی ہے۔

بحث اسباب۔ یہ اسبابِ ذیل سے پیدا ہوتا ہے:۔ (۱) قضرۂ مثلاً گھونسوں، لاتوں، یا زور لگانے سے۔ (۲) گردہ، حوضِ گردہ یا حالب سے التہاب کے پھیل جانے کی وجہ سے۔ چنانچہ یہ التہاب کلیہ وحوض کلیہ (pyelonephritis) تقیح حوض گردہ (pyonephrosis)، گردے کے درنہ، یا حصاۃ کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ (۳) گرد کلوی بافتوں میں دور اُفتادہ حصوں سے التہاب کے اور بالخصوص تقیح کے پھیل جانے سے۔ مثلاً حوضی خلوی التہاب (pelvic cellulitis)، التہابِ زائدہ، جگر یا

طحال کا پھوڑا، شوکہ کی بوسیدگی (caries of the spine) اور خصری پھوڑا (psoas abscess) یا التہابِ مرارہ۔

علامات۔ یہ کسی حد تک وہی ہوتے ہیں جو دوسرے التہابی اعمال کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ آغازِ مرض غیر محسوس ہو اور ایسی صورت میں سوائے کسیقدر دھیمے اور مستمر درد کے اور کچھ نہیں ہوتا۔ دوسری اصابتوں میں نمایاں قشعریرہ ہوگا اور اُس کے ساتھ ہی تپش کا ارتفاع جو یکسانیت کے ساتھ بلند جاری رہتی ہے، یا متوقف نوعیت کی ہوتی ہے۔ درد کمر میں یا شکم کے پہلو میں، عمیق المقام ہوتا ہے اور حشفہ، بُن ران یا اعضائے تناسل کی طرف تشعّع ہوتا ہے، یعنی قطنی ضفیرہ کی توزیع میں۔ کوکھ یا کمر کا درد دبانے سے زیادہ ہوجاتا ہے اور دو دستی امتحان کرنے پر اُس خطے میں قدرے بُری یا مزاحمت محسوس ہوسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ مریض ریڑھ کے قطنی حصے کو خم کرنے یا بسط کرنے کے ناقابل ہو۔

جوں جوں یہ اصابت ترقی کرتی جاتی ہے آخری پسلی اور عرفِ حرقفی کے درمیان کی فضا میں ایک کم و بیش وسیع سلعہ جاگزیں ہوتا جاتا ہے، جو یکسانیت کے ساتھ اصم ہوتا ہے، کوکھ کو باہر کی طرف اُبھار دیتا ہے، کوکھ میں اُذیما پیدا کر دیتا ہے، اور شاید متموّج ہوتا ہے۔ اکثر اسی جانب کی ٹانگ نوضی مفصل پر خمیدہ ہوتی ہے اور اُس کو بسط کرنے کی کوشش سے درد ہوتا ہے۔ اس امر کی طرف توجہ دلائی گئی ہے کہ التہاب گرد کلوی کا مریض ایک خاص طریقہ سے کھڑا ہوتا ہے حتیٰ کہ اُس وقت بھی جب کہ التہاب خراج کے درجہ تک نہ پہنچا ہو۔ مریض کے کھڑا ہونے کا مخصوص طریقہ یہ ہوتا ہے کہ جسم ماؤف جانب کو جھکا ہوا ہوتا ہے، کوٹھا قدرے خمیدہ ہوتا ہے، اور ہاتھ اُسی جانب کی ران پر رکھا ہوا ہوتا ہے۔ چنانچہ اکثر نوضی مفصل کے مرض کی کسیقدر مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔

بول کا متاثر ہونا لازمی نہیں۔ اگر یہ التہاب، گردہ حوض، یا حالب کے التہاب سے پیدا ہوا ہے تو ممکن ہے کہ گرد کلوی پھوڑے کی پیپ بول کے اندر آجائے (صدید بولیت (pyuria=)۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ کلوی ورید پر پھوڑے کا دباؤ پڑنے سے البیومن بولیت واقع ہوجائے۔

جب پیپ بن جاتی ہے تو وہ عموماً ابتداءً گردہ اور قطنی عضلات کے درمیان واقع ہوتی ہے' اور ممکن ہے کہ اپنا راستہ مختلف سمتوں میں نکال لے۔ باہر کی طرف وہ عموماً عریضۂ ظہریہ عضلہ اور بیرونی مُورب عضلات کے درمیان منہ کرتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ نیچے کی طرف جاکر رُباط پوپارٹ کے نیچے مُنہ کرلے۔ دوسری اصابتوں میں وہ قولون' لفائفی یا معدے کے اندر یا حالب' مثانہ' یا مہبل میں پھوٹ نکلتی ہے' یا باریطون کے اندر جب کہ وہ التہابِ باریطون پیدا کر دیتی ہے۔ یا وہ ڈایافرام کے اندر سوراخ کرکے ذات الریہ' ذات الجنب' اور تقیح الصدر پیدا کر دیتی ہے۔ یا بلا اشتقاق کے پلیورائی التہاب کے انصبابات (pleuritic effusions) پیدا کر دیتی ہے' یا قاعدہ شش کو دبا کر پچکا دیتی ہے۔

تشخیص۔ ذیل کی حالتیں غلطی سے التہاب گرد کلیہ سمجھی جانے کا بہت امکان ہوتا ہے:۔ دردِ کمر (lumbago)' شوکی بوسیدگی (spinal caries) 'سرطان و سلعاتِ گردہ' استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) اور تقیح حوض گردہ (pyonephrosis)' التہابِ زائدہ' التہابِ عطفہ (diverticulitis)' برازی اجتماعات' طحالی اور کبدی سلعات۔ اِس ضرر کی با احتیاط تعیین مقام' اسے شوکہ کی بوسیدگی' کبدی اور طحالی سلعات' اور التہاب زائدہ سے متفرق کر دے گی۔ برازی اجتماعات' سرطان گردہ' اور استسقاء الکلیہ کے ساتھ تپ نہیں ہوتی' اور نہ دردِ کمر کے ساتھ ہو کہ اکثر دونوں جانب کی شکایت ہوتی ہے۔ سوئی اور پچکاری سے استقصا کرنے پر پیپ کا ملنا ممکن ہے۔

علاج۔ یہ بیشتر جراحی ہوتا ہے۔ مقامی لاسقات اور افیون کے مرکبات سے درد میں تخفیف ہو جائے گی۔ اگر پیپ بن گئی ہے تو حتی الامکان اُسے جلد خارج کر دینا چاہیئے۔

گردے کا تدرّن

(tuberculosis of the kidney)

ممکن ہو کہ گردہ ایک عمومی دخنی تدرن (general miliary tuberculosis)

کے جزو کے طور پر تدرن سے سرایت زدہ ہو جائے۔ درنے دقیق رمادی یا زرد جماؤ کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں، جن کا قطر ۱-۲ ملی میٹر ہوتا ہے، اور وہ گردے کے قشرہ اور لب میں غیر منتظم طور پر، اور بالعموم کسیقدر قلت کے ساتھ منتشر ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ چند درنے سطح گردہ پر دیکھے جائیں، اور بعض تراشے پر نظر آتے ہیں۔ اُن کی شکل گول یا انابیب کے رُخ میں کسیقدر لمبوتری ہوتی ہے۔ وہ درنہ کی ممیز دقیق تشریح ظاہر کرتے ہیں۔ بقیہ گردہ تندرست ہوتا ہے، اور بالعموم درنوں کے جماؤ کے ساتھ کوئی سریری علامات موجود نہیں ہوتے۔

تدرنی التہاب گردہ (tuberculous nephritis) کی اصطلاح کا اطلاق التہابِ گردہ کی بعض ایسی اصابتوں پر کیا جاتا ہے جو فاعلی ریوی تدرن کے ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ یا وہ ایک گردے میں اُس وقت ہو سکتا ہے جب کہ دوسرا گردہ تدرنی ہو۔ بول میں البیومن اور سبائک موجود ہوتے ہیں۔ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ حالت ایک سمّی التہاب گردہ (toxic nephritis) ہے اور اس میں تدرنی ضررات غیر موجود ہوتے ہیں۔ اولی مرکز کے خارج کر دینے پر ممکن ہے کہ یہ التہاب زائل ہو جائے۔ 540

حقیقی تدرنی گردہ (tuberculous kidney) یا مزمن کلوی تدرن (chronic renal tuberculosis) جسم میں کے کسی دوسرے مقام کے تدرنی ضرر کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ یہ بیشتر اصابتوں میں ایسی سرایت کے طور پر پیدا ہوتا ہے کہ جو جوئے خون سے واقع ہو۔ یہ زیادہ عام طور پر تناسلی نظام (بالخصوص بربخ) اور ہڈیوں اور مفاصل کے تدرن کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ یہ عورتوں کی نسبت مردوں کو زیادہ اکثر متاثر کرتا ہے۔ تقریباً تین چوتھائی اصابتیں بیس اور چالیس سال کے درمیان کی عمر میں ہوتی ہیں۔ یہ بالکل عام طور پر دوجانبی ہوتا ہے۔

مزمن کلوی تدرن

(chronic renal tuberculosis)

مرضی تشریح - اس عنوان کے تحت کلوی تدرن کی تقریباً وہ تمام شکلیں شامل ہیں جو کہ جراح کی نگرانی میں آتی ہیں۔ اس میں وہ حالتیں شامل ہیں جو راسی تدرن (apical tuberculosis)، تقرحی کہفی تدرن (ulcero-cavernous tuberculosis)،

تدرنی استسقاء الکلیہ (tuberculous hydronephrosis)، جبنی تدرن (caseous tuberculosis)، گرہلی تدرن (nodular tuberculosis) اور تدرنی خراج (tuberculous abscess)، کے ناموں سے معروف ہیں۔

ان اصابتوں کی اکثریت میں ابتدائی تغیر ہرم کے راس پر واقع ہوتا ہے۔ یہاں خفیف سا نقصانِ جرم ہوتا ہے جو ایک التہابی منطقہ سے محصود ہوتا ہے۔ یہ تقرح ہرم کے قاعدے کی طرف پھیل کر ایک کہفہ بن جاتا ہے جو کمامہ سے ارتباط رکھتا ہے۔ اس کہفہ کا استر ایک تنخری یا تجبنی بافت کی تہ سے بنتا ہے۔ اس سے آگے ایک التہابی منطقہ ہوتا ہے، جس میں ممکن ہے کہ رمادی ورنے ظاہر ہوں اور کبھی کبھی رمادی جیلاتینی ورنوں کا ایک مکمل منطقہ ہوتا ہے۔ التہابی منطقہ سے باہر کی طرف طبعی کلوی بافت میں جدا جدا ورنوں کے نقطے بنے ہوئے ہوتے ہیں یا یہ ورنے ایک یا زاید دھاریوں کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں جو سطح گردہ کی طرف تشعع کرتی ہیں۔ سطح گردہ پر اُن رقبوں میں جو زیر افتادہ درنی اہرام سے متناظر ہوتے ہیں ورنوں کے گردہ دیکھے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان اہرام میں سے کئی یا سب کے سب مختلف درجوں میں متاثر ہوں۔ ممکن ہے کہ اب ایک دوسرا مرضیاتی عمل نمایاں ہو جائے۔ کمامہ کی دیوار میں اُس کی گردن کے مقام پر، یا حوض کے مخرج پر جہاں حوض کا انقسام ہوتا ہے، یا دیوار حوض میں، لیفی دبازت نمو یاب ہو کر منقبض ہو جاتی ہے یہاں تک کہ وہ راستہ بالآخر مسدود ہو جاتا ہے۔ اب اگر اُس قطعہ میں جو بتدریج مسدود ہو رہا ہے بولی افراز جاری رہا تو ایک محدود المقام دُوَیرہ یا جزئی یا کامل استسقاء الکلیہ نمودار ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر اُس کے برعکس افراز بول موقوف ہو جائے تو ایک جبنی تودہ بن جاتا ہے جو کہ لیفی بافت سے گھرا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ سارا گردہ ان جبنی تودوں کی پچیکاری میں متبدل ہو جائے۔ بیشتر اصابتوں میں حالب بہت دبیز اور استوار ہو جاتا ہے۔ مخاطیہ کا تقرح، تنخر اور تجبن پیدا ہو جاتا ہے، اور درمیانی اور بیرونی طبقات میں درنی دررِیزش واقع ہو کر لیفی بافت کی دبیز تہیں نمودار ہو جاتی ہیں۔ اس نالی کا ایک یا کئی حصے تضیق کی تکوین سے متاثر ہو سکتے ہیں اور اُس کے اوپر نالی کا اتساع واقع ہو جاتا ہے (19)۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں

مرض مثانہ تک پھیل جاتا ہے۔

بعض اوقات مرکز مرض کے گرد لیفی بافت کا ایک حلقہ بن جاتا ہے جو اسے پورے گردے سے یا اس کے کچھ حصے سے کامل طور پر بے تعلق کر دیتا ہے اور اس طرح تدرنی گروہ مندمل ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت کو بند کلوی تدرن (closed renal tuberculosis) کہتے ہیں۔

علامات۔ مریضوں کی اکثریت میں مثانہ کی خراش پذیری اور ساتھ ہی پیشاب کا بار بار آنا، پہلی علامت ہوتی ہے کہ جس کی مریض کو شکایت ہوتی ہے، اور عرصہ دراز تک یہی واحد علامت ہوتی ہے۔ اس کے ساتھ ہی پیشاب کرنے سے پہلے اور بعد میں درد ہوتا ہے۔ ابتدائی درجہ میں پیشاب کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے۔ وہ پھیکے یا ہلکے رنگ کا، خفیف ساترشی یا معاول ہوتا ہے، اور اس میں البیومن اور معلق پیپ کی تھوڑی سی مقدار اور مہین سپید گالے موجود ہوتے ہیں۔ غیر پیچیدہ اصابتوں میں چند عصیاتِ درنیہ پائے جاتے ہیں، لیکن دوسرے کوئی جبراثیم نہیں ہوتے۔

اکثر اوقات خفیف سی اختتامی دم بولیت دیکھی جاتی ہے، اور بعض اوقات دم بولیت کا حملہ ایک ابتدائی علامت ہوتا ہے۔ شاذ اصابتوں میں دم بولیت کے شدید حملے ایک نمایاں خاصہ ہوتے ہیں۔ بالعموم وزن کی خفیف سی مسلسل کمی دیکھی جاتی ہے، لیکن غیر پیچیدہ کلوی تدرن میں سریع یا شدید نحول نہیں ہوتا۔ گردے کا درد عموماً ناقابل توجہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ بالکل غیر موجود ہو۔ جب شدید نزف ہو تو 541
ممکن ہے کہ منجمد خون کے تھکوں کی وجہ سے حالبی قولنج ہو۔ بیشتر اصابتوں میں تپ نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے کہ خفیف اور مسلسل ارتفاع تپش ۹۹ درجہ تک اور بعض اوقات ... درجہ فارن ہائٹ تک دیکھنے میں آئے۔ اگر بلند تپش موجود ہے تو یہ مخلوط سرایت کی یا عمومی تدرن کی علامت ہے۔ غیر پیچیدہ کلوی تدرن کی قلیل التعداد اصابتوں میں گردے کی کلانی محسوس ہوتی ہے۔ لیکن اس وقت بھی جب کہ گردہ بہت بڑھ گیا ہو، ممکن ہے وہ بہت اوپر ڈایافرام کے نیچے منضم ہو اور محسوس نہ ہو سکے۔

ایک دبیز تدرنی حالب ممکن ہے کہ ایک دُبلے پتلے موضوع میں حوض کی لگر کے

لیوَل پر عمیق جس کرنے پر محسوس سا ہو جائے یا ذکور میں مستقیمی امتحان کرنے پر یا مہبلی امتحان کرنے پر جب کہ وہ جانبی قبوہ میں ایک موٹی رسی کی طرح محسوس ہوتا ہے۔ کلوی تدرن کا یہ ایک ممیز خاصہ ہے کہ کوئی ایسے علامات پیدا کئے بغیر کہ جن سے مریض کی توجہ منعطف ہو مرض اتنی ترقی کر چکتا ہے کہ ایک گردہ بالکل تلف ہو جاتا ہے۔ علامات مختلف ہو سکتے ہیں اور ممکن ہے کہ بعض اصابتوں میں طویل عرصوں تک غائب ہوں۔ تاہم اصابتوں کی اکثریت میں علامات بتدریج ترقی کرتے جاتے ہیں۔

بند کلوی تدرن میں اکثر مثانہ کی ایسی خراش پذیری کی سرگذشت موجود ہوتی ہے جس میں کچھ عرصہ سے تخفیف ہو گئی ہے۔ بول میں البیومن، خفیف سی پیپ یا چند سرخ خلیات موجود ہوتے ہیں۔ لاشعاعیں تکلیس ظاہر کرتی ہیں اور مثانہ بینی سے ایک مسدود اور باہر کھنچا ہوا حالب ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ناموافق حالات میں بند تدرن پھر فاعلی ہو جائے۔

تشخیص۔ ایک نوعمر بالغ شخص میں التہاب مثانہ کے علامات کی نمو یابی سے تدرنی گردہ کی موجودگی مترشح ہو گی، جب کہ ساتھ البیومن بولیت بھی موجود ہو جو ایک مستمر علامت ہوتی ہے۔ عقیم بول کے ساتھ صدید بولیت کی موجودگی بھی اس کا قوی شبہ پیدا کرتی ہے۔۔ ۲۰ فی صدی اصابتوں میں تلوین سے یا گینی پگ میں اشراب کرنے سے عصیات درنیہ نہیں ملتے۔ بعض اوقات سلِ ریوی میں خود گردہ تدرنی ہوئے بغیر درنی عصیہ بولیت واقع ہو جاتی ہے۔ اس عصیہ بولیت کے ساتھ غالباً ایک غیر نوعی تدرنی التہابِ گردہ (non-specific tuberculous nephritis) (اوپر ملاحظہ ہو) موجود ہوتا ہے۔ لیکن عصیاتِ درنیہ کے ہمراہ پیپ کی موجودگی کے یہ معنی ہیں کہ کلوی تدرن موجود ہے۔ بہت سی اصابتوں میں (لیکن سب میں نہیں) مثانہ بین سے امتحان کرنے پر تدرن کے مخصوص و ممیز مناظر نظر آتے ہیں۔ مشکوک اصابتوں میں حالبین کی قثطرت عمل میں لانی چاہیے۔ لیکن اگر مثانہ زیادہ ماؤف ہے تو یہ نہیں کی جا سکتی۔ گردوں کے لاشعاعیہ سے ۲۰ فی صدی اصابتوں میں مثبت نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ ان میں سایے عموماً حصات کے سایوں کے نسبت زیادہ بے قاعدہ ہوتے ہیں اور اُن کی کثافت ادنیٰ اور ناہموار ہوتی ہے۔ تاہم ایک جبنی تودے کا سایہ یکساں طور پر گہرا حاصل ہوتا ہے۔

اگر سارا گردہ ماؤف ہے تو گول یا بیضوی سایوں کی پچی کاری حاصل ہوتی ہے۔

انذار۔ جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے بعض اوقات بلا عملیہ کے اندمال واقع ہوجاتا ہے۔ اعداد و شمار کے لحاظ سے تشخیص سے پانچ سال کے اندر شرح اموات ۵۰ فی صدی سے اوپر ہوتی ہے۔ عملیہ کی فوری شرح اموات ۲ تا ۳ فی صدی ہوتی ہے اور ۸۰ فیصدی تک کو بیماری سے صحتیابی حاصل ہوجاتی ہے۔

علاج۔ معمولی علاج گردہ برآری (nephrectomy) ہے۔ تناسلی اعضا کے تدرن کی موجودگی مانع عملیہ نہیں۔ لیکن اگر جسم میں کے کسی دوسرے مقام پر فاعلی تدرن موجود ہو، یا اگر دونوں گردے ماؤف ہوں تو عملیہ نہیں کرنا چاہیئے۔ اگر عملیہ نہ ہوسکے تو ماورار بنفشی روشنی (ultra-violet light) ٹیوبرکیولین (tuberculin) اور دوسری عام تدابیر، جو سل ریوی کے بیان میں درج کی گئی ہیں، عمل میں لائی جائیں۔

استسقاء الکلیہ

(HYDRONEPHROSIS)

اس اصطلاح سے حوض گردہ کا یا کمامات گردہ کا اتساع مراد ہے، جو محبوس افراز سے پیدا ہوجائے۔ استسقاء الکلیہ ہر عمر میں ہوتا ہے، اور مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ ممکن ہے کہ وہ پیدائشی ہو یا اکتسابی ہو۔ پیدائشی استسقاء الکلیہ ممکن ہے پیدائش کے وقت درحقیقت موجود ہو اور اس صورت میں وہ اس قدر بڑا ہوسکتا ہے کہ وضع حمل میں ایک خطرناک روکاوٹ پیدا کرسکتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ پیدائش کے بعد نمو یاب ہو، گو وہ پیدائشی اسباب ہی کے باعث ہو۔ یا ممکن ہے کہ وہ تمامتر مابعد زندگی میں واقع ہونے والے مرض کا نتیجہ ہو۔ پیدائشی اسباب میں حالب کی مختلف غیر طبعی حالتیں شامل ہیں، جیسے کہ اُس کا اپنے محور پر بل کھا جانا، اُس میں شکن یا انطوار پیدا ہوجانا، اور غشائے مخاطی کا مصراعات کے طور پر مرتب ہونا، انقباضات کا ہونا، یا حالب کا لیفی رسّی میں متبدل ہوجانا۔ دوسرا سبب ایک غیر مثقوب حالب ہے۔ پیدائشی استسقاء الکلیہ اکثر دوسرے پیدائشی عیوب اور

اور تشوہات کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جیسے کہ گرزپائی (club-foot)، خرگوشی لبی (hare-lip)، یا بیرونی اعضائے تناسل کے تشوہات۔ اور جو افراد اس میں مبتلا ہوتے ہیں، وہ اکثر اوقات مردہ مولود (still-born) ہوتے ہیں، یا صرف تھوڑے عرصہ تک زندہ رہتے ہیں۔

اکتسابی استسقاء الکلیہ۔ پیدائشی استسقاء الکلیہ کے علاوہ، اکتسابی استسقاء الکلیہ کی چار قسمیں ہوتی ہیں (۱) کلوی، جو کہ بالعموم حصاۃ کے ہمراہ پائی جاتی ہے، اور ایک بڑا گردہ پیدا کرتی ہے، جس میں کمامات متسع ہوتے ہیں اور کلوی سنخیہ تلف ہو جاتا ہے۔ (۲) حوضی کلوی، جو کہ حوض اور حالب کے اتصال سے نیچے تسدد واقع ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ یہ تسدد درونہ میں واقع ہوتا ہے، مثلاً ایک مغروز حصاۃ سے، یا حالب کی دیوار میں واقع ہوتا ہے، مثلاً بالید یا التہاب سے۔ یا مجری البول پر باہر سے یا اندر سے دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہوتا ہے، جس میں بڑھا ہوا غدہ قدامیہ بھی شامل ہے۔ (۳) حوضی، جہاں حوض خاص طور پر متاثر ہوتا ہے، اور گردہ کا بہت اتساع واقع نہیں ہوتا۔ اس کو بلا زیادہ شہادت کے پیدائشی کہا گیا ہے، اور گردہ کی غیر معمولی حرکت پذیری، ناقچہ کو جانے والی کلوی شریان کی تحتانی شاخ پر تشتی، حوضی حالبی اتصال پر مصراعات اور شکنوں کو بھی بطور توجیہات کے پیش کیا گیا ہے، لیکن وہ بھی بلا زیادہ شہادت کے۔ ایک زیادہ معقول توجیہ یہ ہے کہ ان مثالوں میں حوضی حالبی اتصال پر عاصرہ کا عدم ارتخاء موجود ہوتا ہے۔ (۴) جب پیشاب کا مستقل طور پر بڑھا ہوا بہاؤ ہو مثلاً ذیابیطس المیلح میں تو حوض اور حالبین کا کچھ اتساع پایا جاتا ہے۔

یہ بار بار بیان کیا گیا ہے کہ ایک حیوان میں حالب کو گرہ دینے سے استسقاء الکلیہ پیدا نہیں ہوتا، لیکن یہ بیان صحیح نہیں ہے، چنانچہ تسدد کا وقوع، بجائے خود بہت سی اصابتوں میں استسقاء الکلیہ کی توجیہ کے لئے بالکل کافی ہوتا ہے اور یہ شرط قرار دینے کی کوئی ضرورت نہیں کہ ایسا تسدد نامکمل یا متوقف ہو۔

جب کمامات متسع ہو جاتے ہیں تو گردہ میں مزمن رخنگی (متعاقب) التہاب کلوی کے حسب ذیل تغیرات واقع ہو جاتے ہیں:۔ رنگ ہلکا گلابی یا پھیکا زرد ہوتا

ہے۔ تراشنے پر پایا جاتا ہے کہ اہرام چپٹے ہو گئے ہیں، اور قشرہ نسبتہً چوڑا ہے۔ خوردبین کے نیچے دیکھنے پر گردے میں سپید خلیات کی دررینش پائی جاتی ہے، بالخصوص مالپیجی حیات کے گرد اور بین انبوبی بافت میں۔ کسیقدر گولی تغیر بھی ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ انبوبی سر خلیہ میں کچھ تغیر۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ عمل یہاں تک ترقی کرے کہ جدید بافت کا انقباض ہو کر ندبات پیدا ہو جائیں۔ اگر تسدد نسبتہً نیچے ہے، مثلاً حالب کے مثانی دہنہ کے مقام پر، تو خود حالب پھول جاتا ہے۔ استسقاء الکلیہ کے ایسے معتدل درجے جن کے ساتھ گردہ کا متعاقب تصلّب ہو، عورتوں میں رحم، مہبل اور مثانہ کے سرطان کا عام نتیجہ ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں حوض گردہ پھول جاتا ہے اور گردہ پھیل کر زیادہ زیادہ چوڑا ہوتا جاتا ہے، اور بالآخر ایک بڑا دویرہ بن جاتا ہے جس میں بھایا ۵۰ اونس بلکہ کئی پائنٹ سیال موجود رہنے کی گنجائش ہوتی ہے۔ یہ دویرہ ایک پتلی غشائی تھیلی پر مشتمل ہوتا ہے جس میں ممکن ہے کہ کہیں کہیں جرم گردہ کے حصے بھی موجود ملیں، لیکن بعض اصابتوں میں جرم گردہ کے کوئی آثار باقی نہیں رہتے۔ اس تھیلی کے اندر بعض اوقات فاصلات موجود ہوتے ہیں جو اسے جدا جدا کہفوں میں منقسم کر دیتے ہیں۔ جب حالب ماؤف ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ بہت زیادہ متسع ہو کر شاید چھوٹی آنت یا قولون کی جسامت کے برابر ہو جائے، یا متسع حوض اور گردے کے ساتھ بالکل مدغم ہو جائے۔ بلحاظ اس امر کے کہ پیدا کرنے والے ضرر یا ضررات کا مقام کیا ہے، استسقاء الکلیہ ایک یا دونوں گردوں کو ماؤف کر سکتا ہے۔ دوران حمل میں حالب پر رحم کا دباؤ پڑنے کی وجہ سے عموماً حوض کا کسیقدر اتساع پیدا ہو جاتا ہے۔

استسقاء الکلیہ کا مایع جرم گردہ کی اس مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے جو کہ باقی رہ گئی ہے۔ عموماً وہ نہایت مُرقق بول سے معادل ہوتا ہے۔ اور اس میں خفیف سا البیومن یا قدرے پیپ موجود ہوتی ہے۔ پیپ معتدبہ مقدار میں موجود نہیں ہوتی تاوقتیکہ پہلے التہاب حوض گردہ نہ ہو چکا ہو، اور اس حالت میں تقیح حوض گردہ کی سی کیفیت ہوتی ہے۔

علامات۔ اس وقت جب کہ دوسرا گردہ تندرست ہو، ایک جانب کا معتدل تمدد ممکن ہے کہ کسی قسم کی کوئی علامت نہ پیدا کرے۔ اگر تمدد بہت زیادہ ہو

ایسی صورت میں ایک ورم بن جاتا ہے جو اس حالت کا نمایاں مظہر ہوتا ہے اور اُسکے خصائص ایک معمولی کلوی سلعہ جیسے ہوتے ہیں۔ یہ ورم ایک یا دوسرے پہلو میں ہوتا ہے، اور ضلعی حاشیہ سے لے کر عرف حرقفی تک پھیلتا ہے، اور اپنی جسامت کے لحاظ سے خط وسطی تک یا بلکہ اس کے آگے تک پہنچتا ہے۔ ممکن ہے کہ ۴۰ یا ۵۰ اونس
سیال رکھنے والا دُویرہ شکم کا کوئی اُبھار بمشکل پیدا کرے، مگر اس کی موجودگی اُس 543
مزاحمت سے معلوم ہو جائے گی جو گہرا دبانے سے حاصل ہوتی ہے، اور اس سے بھی کہ جب ایک ہاتھ سامنے اور دوسرا ہاتھ آخری پسلی کے نیچے رکھا جائے تو دونوں ہاتھوں کو قریب لا کر ملانا مشکل ہوتا ہے۔ نسبتہً بڑے دُویرے شکم کی ایک غیر متشاکل کلانی پیدا کر دیتے ہیں اور کوکھ اور پہلو باہر کو اُبھر آتے ہیں۔ بعض اوقات یہ دویرہ شکم کے بالائی حصے تک محدود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ جگر کی اُس کلانی سے مشابہ ہو جو کیسیہ (hydatid) سے پیدا ہو جاتی ہے۔ سلعہ چکنا یا لختک دار، بعض اصابتوں میں تنیدہ اور بعض میں بالکل پلپلا ہوتا ہے۔ اور بعض اوقات اُس میں تموج محسوس ہو سکتا ہے۔ قولون اُس کے سامنے واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ ایک گمک دار سُر پیدا کرے۔

استسقاء الکلیہ کے سلعہ کا ایک اہم خاصہ یہ ہے کہ اُس کے مافیہا مثانہ کے اندر خارج ہو جانے سے اُس کی جسامت یکایک گھٹ جانے کا بلکہ غائب ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اِس کے بعد فوراً ہی مریض کثیر المقدار پیشاب خارج کرتا ہے۔ اور دویرہ بتدریج پھر بھر جاتا ہے۔ جسامت یا تنیدگی میں خفیف تر اختلافات بول میں کوئی متناظر تغیر محسوس ہوئے بغیر بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ دویرے کی تنیدگی سے، یا آس پاس کے حصوں پر اُس کے دباؤ سے مقامی علامات پیدا ہو سکتے ہیں، جیسے کہ درد، قئے، بھر، یا قلب کے فعل میں مداخلت۔ لیکن ممکن ہے کہ یہ علامات بالکل غیر موجود ہوں اور درد محض اسیوقت شدید ہوتا ہے جب کہ تسدد یکایک اور کامل ہو۔ استسقاء الکلیہ میں ممکن ہے بول میں زیادہ تغیر نہ ہوا ہو کیونکہ تندرست گردہ دوسرے گردے کی قلت الفعل کی تلافی کر دیتا ہے۔ دونوں جانب کے استسقاء الکلیہ کی اصابتوں میں یوریا دمویت کا واقع ہو جانا ممکن ہے۔ جب سلعہ نہ ہو تو تسدد کی ابتدائی دلالتیں

یہ ہوتی ہیں :۔ پشت یا شکم میں درد، وقتاً فوقتاً جزئی اسرالبول، اور پیشاب کا بار بار آنا۔

تقیح حوض گردہ (pyonephrosis) کو پیپ سے بھرا ہوا ایک استسقاء الکلیہ تصور کیا جا سکتا ہے۔ طبیعی امارات وہی ہوتے ہیں، لیکن عام طور پر ساتھ تپ ہوتی ہے، جیسا کہ جسم کے کسی دیگر حصے کے پھوڑے کے ساتھ ہو سکتی ہے، اور علاج جراحی ہوتا ہے۔

تشخیص۔ استسقاء الکلیہ کے سلعہ کو گردِ کلوی خراج، تقیح حوض گردہ، جگر اور طحال کے کیسیہ سے، اور انتہائی اصابتوں میں استسقائے زقی اور مبیضی خراج سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ ممکن ہے کہ استسقاء الکلیہ، تقیح حوض گردہ اور گرد کلوی خراج میں سرگذشتِ مرض ایک جیسی ہو (مثلاً حصاۃ کی سرگذشت)۔ پہلی حالت عموماً زیادہ طویل مدت کی ہوتی ہے، اور اس میں شدید علامات، بلکہ کوئی بھی بنیئی علامات نہیں ہوتے، مگر دوسری دو حالتوں میں تقیح کے علامات کے ساتھ تپ موجود ملنے کا امکان ہے۔ گرد کلوی خراج میں حاد التہاب کے مقامی امارات بھی حاصل ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ تپ کی عدم موجودگی میں تقیح حوض گردہ کو استسقاء الکلیہ سے مشخص نہ کیا جا سکے، اور وہ حقیقتہً اسی سے نمو یاب ہو سکتا ہے۔ جگر یا طحال کا کیسیہ سامنے اور اوپر کی طرف دباتا اور نیچے کی پسلیوں کو ابھار دیتا ہے، مگر استسقاء الکلیہ پہلے کوکھ میں واقع ہوتا ہے۔ مبیضی سلعہ کو کلانی کی سرگذشت، رحم کے محل وقوع، اور دویرے کے سامنے قولون کی عدم موجودگی پر سے شناخت کرنا چاہیے۔ سلعہ کا خود بخود غائب ہو جانا، اور ساتھ ہی ہمزمان طور پر بول کا زیادہ خارج ہونا، استسقاء الکلیہ کی طرف اشارہ کرتا ہے، لیکن تشخیص کا واحد یقینی ذریعہ یوروسیلیکٹان (uroselectan) یا تقہقری حوض نگاری ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۹ اور ۴۰)۔

انذار۔ ایک سادہ استسقاء الکلیہ ممکن ہے کئی سال تک کوئی تکلیف پیدا نہ کرے۔ گردہ بتدریج مذبول ہو جائے اور اس کا تمدد اس قسم کا ہو کہ کوئی شدید تکلیف نہ ہو۔ ایسی اصابت میں دوسرا گردہ بھی کسی نہ کسی وقت متاثر ہو جانے کا خطرہ ہے (حصاتی تسدد کی وجہ سے)۔ اگر دویرہ بہت بڑی جسامت کا یا تنیدہ ہو جانے تو

ممکن ہے کہ وہ باریطون کے اندر پھٹ جائے، یا متصلہ حصوں (معدہ اور ڈایافرام) پر دباؤ ڈالے، اور تنفس یا دوران خون میں مداخلت پیدا کر کے ہلاکت واقع کردے۔

علاج ۔ اس کا علاج تخفیفی ہے، لیکن آخر میں غالباً جراحی تدابیر کی ضرورت ہوگی۔ اگر دوبیرہ بڑا ہو، تو بطور ایک عارضی تدبیر کے امتصاص عمل میں لایا جا سکتا ہے، جس کے لئے سوئی کو پہلو میں ایک ایسے رقبے میں داخل کرنا چاہیئے جو کہ قرع کرنے پر اصم ہو۔ بائیں طرف موزوں مقام وہ ہے جو کہ گیارھویں بین ضلعی فضا کے مقدم سرے پر واقع ہے۔ اور دائیں طرف آخری پسلی اور حرقفہ کے عرف کے بیچوں بیچ، اور حرقفہ کے مقدمی فوقانی شوکہ سے ۲ انچ پیچھے۔

گردے میں نوبالیدیں

544

گردے میں مندرجۂ ذیل سلعات پائے جاتے ہیں :۔ غدی سلعہ (adenoma)، لیفی سلعہ (fibroma)، جو اہرام میں چھوٹی چھوٹی گول گرہیں بنا دے، بعض دمویتی جماؤ (leukæmic deposit)، مرضِ ہاجکن میں لمفی غدی سلعہ کے تودے، کھفی عرقی سلعہ (cavernous angeioma)، حلیمی سلعہ (papilloma)، سرحلمی سرطانی سلعہ، اور مضغی سلعات۔ لیفی سلعہ درحقیقت ایک عضلی سلعہ کے طور پر شروع ہوتا ہے، اور جوں جوں یہ سلعہ زیادہ پرانا ہوتا جاتا ہے لیفی بافت کا جماؤ ہوتا جاتا ہے۔ بالعموم یہ صرف مضغی سلعات اور سرطانی سلعہ ہی ہیں کہ جو اتنے بڑے ہو سکتے ہیں کہ ان کی سریری اہمیت ہو۔ گردے کے بالائی قطب میں چھوٹے چھوٹے معین سرگردے (accessory suprarenals) بھی دیکھنے میں آتے ہیں۔ ان کی کوئی سریری اہمیت نہیں ہوتی۔

مضغی سلعات
(embryonic tumours)

یہ عموماً اوّلی ہوتے ہیں، اور اکثر اوقات بالکل چھوٹے بچوں میں ہوا کرتے ہیں۔ گردہ بڑھ کر نہایت بڑی جسامت کا ہو جاتا ہے، اور اکثر آدھے شکم کو پُر کر دیتا ہے۔ وہ

اکثر کلوی سلعہ کے معمولی خصائص پیش کرتا ہے اور کولھ کو پُر کر کے باہر کے طرف اُبھار دیتا ہے، لیکن نیچے کے طرف اور اندر کو ناف کے طرف بھی بڑھتا اور قولون کو اپنے سامنے رکھتا ہے، اور گول یا بیضوی ہوتا ہے، اور تیز کوریں یا کٹاؤ نہیں رکھتا۔ نسیجیاتی لحاظ سے یہ سلعہ گردے کے نمو کا اعادہ کرتا ہے، یعنی اُنیبی خلیات اور ایسے ہیکل سے بنتا ہے جس میں غیر مخطط عضلی ریشے موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اُس میں گول خلیے اور تکلے نما خلیے بھی ہوں۔ اور اس کی کثافت مختلف ہوتی ہے، یعنے کبھی سخت اور کبھی آتنی نرم کہ سیال کے لئے استقصا کی ضرورت نظر آتی ہے۔ یہ سلعہ بہ سرعت بڑھتا ہے، نہ تو درد پیدا کرتا ہے اور نہ نزف، لیکن بالآخر خستگی اور نحول کے ذریعہ ہلاکت پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اکثر دو جانبی ہوتا ہے۔

سرحلمی سرطانی سلعہ

(epithelial carcinoma)

یہ اوّلی ہوتا ہے یا ثانوی۔ ثانوی سرطان میں گرہیں چھوٹی ہوتی ہیں، اور اُن کی موجودگی سے عموماً کوئی مخصوص علامات نہیں پیدا ہوتے۔ بالعموم اکثر دونوں گردے ماؤف ہوتے ہیں۔ اوّلی سرطانی سلعہ زیادہ تر ادھیڑ عمر یا زیادہ عمر والے اشخاص میں، اور عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ اکثر ہوتا ہے۔ اس کے دو خاص اقسام ہیں۔ (۱) ایک تو، حوض میں (ا) خملی حلیمی سلعہ، جو کہ حالب اور مثانہ میں متعدد ہونے کا رجحان رکھتا ہے، اور (ب) حوض کا وہ سرطانی سلعہ ہے جو فلسمانی یا برزخی خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ آخر الذکر بہت جلد قرنی ہو جاتا ہے اور ایک تمثیلی سرحلمی سلعہ بن جاتا ہے۔ یہ حصات کے ساتھ ساتھ پایا جاتا ہے، اور جیسا کہ کبدی سرطان اور صفراوی حصات کی متماثل حالت میں ہوتا ہے، یہ فرض کیا جا سکتا ہے کہ یہ حصوات خراش کے مستمر منبع کا کام دیتے رہے ہیں۔ یہ زیادہ تر ایک ہی جانب کو ماؤف کرتا ہے۔ یہ استسقاء الکلیہ یا گردے میں خون (کلوی اجتماع الدم) کی وجہ سے گردے کی بہت بڑی کلانی پیدا کر دیتا ہے، لیکن جسم کے تناسب سے گردہ شاذ ہی اس جسامت تک پہنچتا ہے جس تک بچوں میں لحمی سلعہ (sarcoma) پہنچتا ہے۔ (۲) دوسرے وہ سلعہ ہے جو کہ خود جرم گردہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ خلیات میں نہایت

سرعت کے ساتھ شحمی انحطاط اور مائی تمدد واقع ہو جاتا ہے، اور جب یہ حالت ہوتی ہے تو اُنھیں سلعاتِ گراوِٹز (Grawitz tumours) کہتے ہیں، یا بوجہ اُس قریبی مشابہت کے جو اُن کے عناصر فوق الکلوی قشرے کی حزمی تہ کے ساتھ رکھتے ہیں، انھیں بر کلوی سلعہ (hypernephroma) کہتے ہیں، اور خیال کیا گیا ہے کہ وہ جرم گردہ میں فوق الکلوی باقیات سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن وہ ایسے خصائص پیش کرتے ہیں جو فوق الکلوی ساختوں کے اندر نہیں موجود ہوتے، اور زیادہ اغلب یہ ہے کہ وہ تلفیفی کلوی اُنیبیبات کے خلیات سے پیدا ہونے والی سرطمی بالیدیں ہیں۔ وہ اکثر کیسہ بند ہوتی ہیں، اور تراشنے پر بے قاعدہ طور پر لختکوں میں منقسم نظر آتی ہیں۔ یہ تقسیم لیفی بافت سے ہو جاتی ہے۔ ساتھ ہی منتشر رقبے بھی ہوتے ہیں، جن میں سے کچھ تو شوخ زرد رنگ کے، اور کچھ سرخ یا رمادی رنگ کے ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں دَوِیرے بھی ہوتے ہیں جنکی دیواریں متکلس ہو سکتی ہیں۔ سلعی خلیات جسامت میں مختلف ہوتے ہیں، اور اکثر عفریتی جسامت تک پہنچ جاتے ہیں۔ وہ اُنیبیبی یا جوفیزی ترتیب رکھتے ہیں، یا عروق کے گرد نصف قطری صورت میں جمع ہوتے ہیں۔ سریری لحاظ سے یہ سلعات خاص طور پر اہم ہیں، کیونکہ یہ بہ آسانی حوض گردہ پر حملہ آور ہو کر دم بولیت پیدا کر دیتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں یہ سرطانی سلعہ فوق الکلوی سلعہ سے مشابہت نہیں رکھتا، بلکہ اِس کے خلیات نسبتہً چھوٹی جسامت کے ہوتے ہیں، اور اُن کا نوات بڑا ہوتا ہے اور نخزمایہ کثیر التعداد ذرات کی وجہ سے سیاہ ہو جاتا ہے۔

علامات۔ یہ سلعہ، دم بولیت، اور درد ہیں۔ سلعہ کی امارات استقرار الکلیہ
کی امارات کے مماثل ہوتی ہیں (جو ملاحظہ ہو)، یہ بالعموم چکنا ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے گرہکی 545
ہو۔ اُس کی حرکت پذیری انضمامات کی وجہ سے محدود ہو سکتی ہے۔ وست ورزی سے الیمیت ظاہر ہوگی۔ شاذ اصابتوں میں یہ سلعہ نبضان ظاہر کرتا ہے، اور ممکن ہے کہ اُس میں ایک خفیف ساحرو سنائی دے۔ دم بولیت کل اصابتوں میں سے ۹۰ فی صدی سے زیادہ میں ہوتی ہے، اور تقریباً ۷۰ فی صدی میں ابتدائی علامت ہوتی ہے۔ یہ وقفہ دار اور مقدار میں مختلف ہوتی ہے، اور ممکن ہے پتلے گول تھکے بنا دے۔ البیومن بلا خون کے موجود نہیں ہوتا تا وقتیکہ جداگانہ التہاب گردہ یا التہاب حوض الکلیہ و کلیہ موجود نہ ہؤا ہو۔

اُس حالت میں ریمی خلیات بھی موجود ہوں گے۔ بعض اوقات سرطانی خلیے شناخت ہوجاتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ وہ دموی جسیمات کے درمیان گم ہوجائیں۔ یا مثانہ یا حوض گردہ کا سرحلمہ غلطی سے سرطانی خلیات سمجھ لیا جائے۔ اور مجموعی طور پر تشخیص کے لئے اُن پر اعتبار نہیں کیا جاسکتا۔ ممکن ہے کہ بول بالکل طبعی ہو۔ درد اور الیمیت اختلاف پذیر ہوتے ہیں، اور اکثر اوقات ابتدائی درجوں میں غیر موجود ہوتے ہیں۔ درد کوکھ میں مستمر طور پر ہوتا ہے، یا وہ چڈے میں سے ہوکر نیچے ران تک دوڑتا ہے یعنی تھکوں کے گذرنے میں قولنج کلوی کا درد (ملاحظہ ہو حصات الکلیہ) سلعہ کی توسیع لمفی غدد تک ہوجانے سے ممکن ہے کہ منوی وریدوں کی جڑوں پر دباؤ پڑ کر قیلۂ دوالیہ (varicocele) پیدا ہوجائے۔ یا ممکن ہے کہ ٹانگوں کا اُذیما پیدا ہوجائے۔

تشخیص۔ سرطانِ گردہ کی شناخت درد، دم بولیت، اور کلوی خطے میں رسولی کی بیک وقت موجودگی سے ہوسکتی ہے۔ غیر دردناک دم بولیت عام طور پر گردہ یا مثانہ کے سلعہ سے پیدا ہوتی ہے۔ ایک جس پذیر سلعہ کو اولاً دوسرے اعضا کی کلانیوں سے متفرق کرنا چاہئے۔ ثانیاً گردے کے دوسرے امراض سے۔ کلوی سلعہ اور دوسرے اعضا کے درمیان تفریق کے نکات بیان کئے جاچکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 505)۔ اگر سرطانِ قولون گردے کے سرطان کی مشابہت پیدا کردے تو معوی علامات بیشتر موجود ہوتے ہیں۔ بائیں جانب پر جمع شدہ براز جسامت اور کثافت میں زیادہ تغیر پذیری ظاہر کرتے ہیں، اور حقنہ کے استعمال سے تشخیص واضح کی جاسکتی ہے۔

گردے کے وہ امراض جو سرطان سے مشابہ ہوسکتے ہیں، یہ ہیں:— تقیح حوض الکلیہ، استسقاء الکلیہ، کیسیہ، دُویری انحطاط، اور تدرنی مرض۔ پہلے تین سے اسکی تفریق یوں کی جاتی ہے کہ یہ چھونے سے ٹھوس معلوم ہوتا ہے۔ ایک تنیدہ گلو۔ بچہ نما سطح سے دُویرے کی تائید ہوگی، لیکن ممکن ہے کہ ایک تختک دار استسقاء الکلیہ غلطی سے نوبالید سمجھ لیا جائے۔ جس وقت تدرنی مرض (tuberculous disease) اتنی کافی کلانی پیدا کرتا ہے کہ وہ سرطان سے مشابہ ہونے لگتا ہے، وہ عملاً تقیح حوض الکلیہ بن جاتا ہے۔ دُویری مرض (cystic disease) عموماً دونوں گردوں کو ماؤف کرتا ہے، اور اس میں سرطان کے دوسرے مقامی امارات نہیں موجود ہوتے۔ ہلکے رنگ کے

کثیر المقدار پیشاب سے جس میں خفیف سا البیومن موجود ہو اس کی شناخت ہو جانی چاہئیے۔ یورو سیلیکٹان کے بعد لاشعاعیں، مثانہ بینی، اور تقہقری حوض نگاری تشخیص میں استعمال کرنی چاہئیں۔ لاشعاعی منظر اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ ممکن ہے ایک کمامہ اطالت پذیر ہو جس کا ایک پہلو شاید کسی گول رسولی کی طرف رخ رکھنے کی وجہ سے مقعر ہو، یا حوضی سلعہ کی حالت میں حوض میں نقص پُری پایا جائے۔

علاج ۔ عملیہ پذیر اصابتوں میں علاج کلیہ برآری (nephrectomy) ہے۔ تینتیس میں سے دس مریض ایسے تھے جو ۲ سال سے لے کر ۱۲ سال تک زندہ رہے (22)۔

گردے کے دُوبیرے

گردے کا دوبیری مرض اشکالِ ذیل میں واقع ہوتا ہے:۔ (۱) ذراتی گردوں میں چھوٹے دوبیرے جن کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔ (۲) وسیع دوبیری تغیر جسے دُوبیری مرض یا کثیر دُوبیری گردہ (polycystic kidney) کہتے ہیں۔ (۳) سادہ دوبیرے (۴) اَدمہ آسا دوبیرے (dermoid cysts)، جو نہایت شاذ ہیں اور وہی خصائص رکھتے ہیں جو دوسرے مقامات پر ہوتے ہیں۔ اور (۵) کیسیتی دُوبیرے، جن کا تذکرہ ہو چکا ہے۔

دُوبیری مرض

(cystic disease)

(کثیر دوبیری گردہ =polycystic kidney)

یہ ایک پیدائشی مرض ہے، اور ممکن ہے کہ جنین میں بہت بڑا شکمی تمدد پیدا کر کے وضع حمل میں خطرناک مشکل پیدا کر دے۔ کم ترقی یافتہ درجوں میں ممکن ہے کہ زندگی ضائع نہ ہو اور اِس صورت میں یہ مرض ہر عمر میں مل سکتا ہے۔ یہ حالت عموماً دو جانبی ہوتی ہے۔ بالغوں میں گردوں کا وزن ۱ تا ۵ یا ۶ پاؤنڈ ہوتا ہے۔ یہ مرض عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔

امراضیات ۔ تراشنے پر گردے تقریباً تمام تر، مختلف الجسامت دویروں پر
546 مشتمل نظر آتے ہیں، جن میں ایک سیال بھرا ہوا ہوتا ہے جو صاف یا گدلا، زرد، گلابی، سرخ یا ارغوانی، اور بعض اوقات لزج، کولائڈ، یا ریمی ہوتا ہے ۔ اِس سیال میں البیومن ہمیشہ اور کبھی کبھی دموی قرص، پیپ خلیے، اور کولیسٹرین (cholesterin) پائے جاتے ہیں، لیکن عموماً یوریا اور یورک ایسڈ غیر موجود ہوتے ہیں۔ یہ دُویرے لیفی بافت سے محصور ہوتے ہیں، جس میں کلوی بافت کے محض باقیات ہی مل سکتے ہیں ۔ ان دُویروں میں سرِ حلمہ کا استر ہوتا ہے ۔ حوض، حالب، اور مثانہ تندرست ہوتے ہیں، یا ممکن ہے کہ حالب متسع ہو۔ اِن گردوں کی امراضیات اب بھی مشکوک ہے ۔ شیٹوک (Shattock) کی یہ رائے وسیع طور پر تسلیم کر لی گئی ہے کہ اِن گردوں کے نمو میں ایک نقص واقع ہو گیا ہے ۔ یہ دو مختلف منبعوں سے بنتے ہیں ۔ حوض اور مُجمع اُنبیبات (collecting tubules) حالب کی ایک برافزائش سے بنتے ہیں جو وُولفین ڈکٹ (Wolffian duct) سے ماخوذ ہوتی ہے ۔ بقیہ گردہ اُس "درمیانی خلوی تودے" سے پیدا ہوتا ہے جو سیلوم (cœlom) کے میان ناحیض سے ماخوذ ہوتا ہے ۔ جب یہ دونوں باہم ملنے میں ناکام رہتے ہیں، تو گردوں کا افراز خارج نہیں ہوتا اور مقامِ انصال سے اوپر دویرے بن جاتے ہیں۔

علامات ۔ پیدائشی دُویری مرض میں ممکن ہے کہ گردے شکم کے بیشتر حصے کو پُر کر کے ڈایافرام پر دباؤ ڈالیں، اور رحمِ مادر کے اندر، یا دورانِ وضع حمل میں موت واقع ہو جائے ۔ یا ممکن ہے کہ بچہ چند ماہ تک زندہ رہے، یا مرض یک جانبی ہونے کی حالت میں، چند سال تک زندہ رہے، اور پھر بالآخر یوریا دمویت کی وجہ سے موت واقع ہو جائے ۔ یہ تغیر اکثر دوسرے پیدائشی تشوّہات کے ساتھ پایا جاتا ہے، جو بولی اعضا اور دوسرے حصص میں ہو سکتے ہیں ۔

بالغوں میں علامات اکثر نہایت مبہم ہوتے ہیں، لیکن وہ ثانوی منقبض گردہ (جو ملاحظہ ہو) کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں ۔ بعض اوقات دمِ بولیت ہوتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں قلب کی بیش پرورش اور بلند شریانی تناؤ اور خون میں یوریا کی زیادتی ہوتی ہے ۔ ممکن ہے قطنی درد ہو ۔ گردے اکثر اس قدر کافی بڑے ہوتے ہیں کہ

بہ آسانی محسوس ہو سکتے ہیں ۔ وہ گردوں کے معمولی محل وقوع میں ہوتے ہیں، اور گول سخت یا مختلف درجوں میں لچکدار ہوتے ہیں، اور سانس اندر لینے میں نیچے اُتر آتے ہیں، اور ایک گردہ بالعموم دوسرے گردے کے نسبت بڑا ہوتا ہے ۔ اختتام ثانوی منقبض گردہ کے مانند ہوتا ہے، اور **انذار** کلوی وظیفہ کے کاشفات پر منحصر ہوتا ہے !

تشخیص ۔ یہ اس امر پر منحصر ہے کہ دونوں طرف دونوں گردوں کا مختلف جسامت کا تورم پایا جائے جو بلا نبیئی علامات کے ہو لیکن کلوی وظیفہ ناقص ہو ۔ یوروسیلیکٹان کے بعد لاشعاعیں ظاہر کرتی ہیں کہ تمام کمامات اطالت پذیر ہوکر مکڑی جیسے زائدات بن گئے ہوں (22) ۔

علاج وہی ہے جو کہ ثانوی منقبض گردے کا ہوتا ہے ۔

سادہ دُوَیرے

بعض اوقات نہایت بڑی جسامت کے دُویرے پائے جاتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ وہ قطر میں ۳ یا ۴ انچ اور ستثنیٰ صورتوں میں نسبتہً بہت زیادہ بڑے ہوں ۔ وہ قشرے سے پیدا ہوکر سطح پر اُبھر آتے ہیں ۔ اُن کے اندر صاف وشفاف یا جیلاتینی سیال ہوتا ہے، جس میں قدرے البیومن اور کچھ ملحات ہوتے ہیں لیکن یوریا یا یورک ایسڈ نہیں ہوتا ۔ ممکن ہے کہ باقی ماندہ گردہ بالکل تندرست ہو ۔ ممکن ہے کہ ایسے دویرے دوران زندگی میں شناخت نہ ہوں ۔ اگر زیادہ بڑے ہوں تو یہ ایسی رسولیاں بنا دیتے ہیں جن کا جراحی علاج ممکن ہے اُسی اصول پر کرنا پڑے جس پر کہ استسقاء الکلیہ کا کیا جاتا ہے ۔

حرکت پذیر گردہ

(MOVABLE KIDNEY)

حرکت پذیر گردے کا نام ایسے گردے کو دیا جاتا ہے جو اپنی طبعی وضع سے بہ آسانی ہٹ جائے اور شکم کے اندر کم وبیش آزادانہ طور پر ہلایا جا سکے ۔ یہ غیر معمولی حرکت پذیری پیدائشی ہو سکتی ہے یا اکتسابی ۔

پیدائشی حرکت پذیری ایک کلوی ماسا ریقا (mesonephron) کی موجودگی کے باعث ہو سکتی ہے۔ یعنے گردہ (قولون کی طرح) جزءً یا کلی طور پر باریطون سے گھرا ہوا ہوتا ہے، اور اس طرح اعضاء شکم کے درمیان آزادانہ حرکت کرنے کے قابل ہوتا ہے۔ یہ حالت بالکل شاذ ہے۔ بعض اوقات اِسے سابح گردہ کے نام سے تمیز کرتے ہیں۔

اکتسابی حرکت پذیری نسبتۃً بہت زیادہ عام ہے۔ یہ مردوں کے نسبت عورتوں کو زیادہ ماؤف کرتی ہے۔ اور دایاں گردہ بائیں گردے سے تیرہ یا چودہ بار زیادہ اکثر حرکت پذیر ہوتا ہے۔ بعض اوقات دونوں گردے ایک ساتھ ماؤف ہوتے ہیں۔
547 مریض کی عمر زیادہ تر بیس اور پچاس سال کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ مرض بالخصوص اُن حالتوں سے پیدا ہوجاتا ہے جو گردے کے گردی بافتوں اور ساختوں، اور خاص کر اُس کے شحمی کیسہ اور باریطون کو کھینچکر تان دیتی یا ڈھیلا کر دیتی ہیں۔ شاید سب سے زیادہ کثیر الوقوع سبب متواتر استقرار حمل ہے، جس سے باریطون پر کھنچاؤ پڑتا ہے اور وہ تن جاتا ہے اور وضع حمل کے بعد پھر اُس کی طبعی تنیدگی عود نہیں کرتی۔ لیکن حرکت پذیر گردہ صرف اُنھیں افراد تک محدود نہیں جن کو بچّے ہو چکے ہوں۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ نحول گردے کے گرد کی چربی کو گھٹا کر اس حالت کا سبب بن جائے۔ بہت سے مریضوں میں شکم لٹکا ہوا ہوتا ہے، اور شکمی اور حوضی بافتوں میں تنش کی وہ عام کمی ہوتی ہے جس کو مرضِ گلینارڈ (Glenard's disease) کہتے ہیں۔ گردے کی جسامت کی زیادتی جو کسی سبب سے بھی ہو اِس حالت کو پیدا کر دینے میں مُمد ہونی چاہیے۔ یہ حالت تنگ کمر بند وغیرہ (tight-lacing) کی طرف منسوب کی گئی ہے، لیکن بارہا یہ ایسے اسباب کے بدوں پیدا ہو جاتی ہے۔

علامات۔ زمانۂ موجودہ میں اس امر کے متعلق بہت شک کیا جاتا ہے کہ حرکت پذیر گردہ کسی علامت کا سبب ہو سکتا ہے۔ ان علامات کو متلازم التہاب حوض، استفسار انکلیہ یا دیگر متلازم مرض کا نتیجہ تصور کیا جاتا ہے۔ اس امر کی کوئی شہادت نہیں ہے کہ حرکت پذیر گردہ تشویش یا ہسٹیریا کا موجب ہوتا ہے۔ حرکت پذیر گردہ کی طرف جو علامات منسوب کی گئی ہیں وہ یہ ہیں :۔ کوکھ میں یا شکم کے ماؤف پہلو میں ایک بوجھ، یا کھنچاؤ یا درد کا احساس۔ اور یہ مستمر ہو سکتا ہے، چلنے یا زور لگانے سے

زیادہ ہوجاتا ہے، اور لیٹ جانے سے کم ہوجاتا ہے ۔ ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً نام نہاد تخنیقِ گردہ (strangulation of the kidney) کے شدید دَورے (حرجاتِ ڈائشل = Dietl's crises) ہوں، جن میں کلوی خطے میں شدید درد اور الیمیت ہوتی ہے، اور ساتھ ہی پیشاب قلیل المقدار، گہرے رنگ کا، بلکہ خون آمیز ہوتا ہے ۔ ممکن ہے کہ قئے اور کسلمندی بھی ہو، مگر عموماً تپ زیادہ نہیں ہوتی ۔ ایسا حملہ ایک ہفتہ یا زائد عرصہ کے دوران میں رفع ہوجاتا ہے، اور وہ غالباً گردے کی حرکت سے کلوی عروق کے بل کھاجانے یا تشنّج کے باعث ہوجاتا ہے ۔

حرکت پذیر گردہ کا ثبوت یہ ہے کہ شکم کا جس کرنے پر وہ محسوس ہوجائے ۔ کیونکہ میں شہیق کے ختم پر ایک چکنا مستحکم، گول سلعہ محسوس ہوتا ہے جو گردے کی جسامت کے برابر ہو ۔ امتحان دونوں ہاتھوں سے کرنا چاہیئے، یعنے ایک ہاتھ تو آخری پسلی اور عرف حرقفی کے درمیان زور سے اندر دبایا جائے اور دوسرا سامنے شکم پر ہو ۔ اگر حرکت پذیر گردہ آخری پسلی اور عرف حرقفی کے درمیان واقع ہو تو وہ کم و بیش تمام سمتوں میں لیکن نہایت آسانی کے ساتھ صدر کی طرف ہٹایا جاسکتا ہے، اور اس صورت میں ممکن ہے کہ یہ رسائی سے بالکل باہر ہوجائے اور پہلو طبعی حالت میں رہ جائے ۔ تشخیص کی تصدیق کرنے کا بہترین ذریعہ یہ ہے کہ یوروسیلیکٹان (uroselectan) کا اشراب کرنے کے ۱۵ منٹ بعد، اور افقی فلم لینے کے فی الفور بعد، انتصابی وضع میں مریض کی لاشعاعی تصویر لی جائے ۔

علاج ۔ اوپر جو کچھ کہا گیا ہے اس سے ظاہر ہے کہ جس چیز کے علاج کی ضرورت ہے وہ علامات پیدا کرنے والی متلازم حالت ہے نہ کہ حرکت پذیر گردہ ۔ اگر گردے کو اپنی طبعی وضع میں رکھنا منظور ہو تو، بہترین آلہ شکمی پیٹی ہے، جیسی کہ سقوطِ معدہ کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے، نہ کہ خود گردہ کے ساتھ براہ راست لگانے کی کوئی گدی ۔ مزید غرض یہ ہونی چاہیئے کہ عضلاتِ شکم کو موزوں کسرتی ورزشوں کے ذریعہ طاقتور بنایا جائے ۔ تخنیق کے علامات کا علاج یہ ہے کہ کامل آرام و سکون دیا جائے، کوکھ اور شکم پر پلٹسیں اور گرم تکمیدات لگائے جائیں، اور افیون یا مارفیا کو بذریعہ اشراب یا شافہ استعمال کیا جائے ۔

سنگِ گردہ

(RENAL CALCULUS)

(کلوی حصاتیت = nephrolithiasis)

بولی حصات کے اقسام حسب ذیل ہیں - ان میں سے پہلے پانچ نسبتہً عام تر اشکال ہیں - دوسرے نسبتہً بہت زیادہ شاذ ہوتے ہیں :-

(۱) یورک ایسڈ (uric acid)- سخت، شکل میں گول یا بیضوی، چکنا یا باریک طور پر دانہ دار، بعض اوقات تماس کی وجہ سے رویک دار - زردی مائل، ہلکے بادامی یا سرخی مائل رنگ کا - جسامت میں بہ خشخاش کے بیجوں سے لے کر رائی کے بیجوں یا مٹر کے برابر، اور کبھی کبھی نسبتہً بہت زیادہ بڑے ہوتے ہیں - بارہا یہ بہت تعداد میں ہوتے ہیں -

(۲) سوڈیئم یوریٹ (sodium urate)- یہ نرم ہوتے ہیں - جسامت عموماً بڑی نہیں ہوتی -

(۳) کیلسیئم آگزیلیٹ (calcium oxalate)، یا حصات شہتوتی
(mulberry calculus) - یہ نہایت سخت، کھردرے یا سطح پر ناہموار، رنگ میں 548
سیاہی مائل بھورے ہوتے ہیں - جب نسبتہً چھوٹے ہوتے ہیں، تو یہ چکنے، گول، رنگ میں بادامی یا بھورے ہوتے ہیں - عموماً یہ منفرد ہوتے ہیں -

(۴) مخلوط کیلسیئم اور امونیئم میگنیسیئم فاسفیٹ، یا گداخت پذیر حصات (fusible calculus)- اس بول میں جو امونیائی تحلیل سے قلوی ہو گیا ہو، مخلوط فاسفیٹس مرسوب ہو جاتے ہیں - ایسی تحلیل اس وقت واقع ہو جاتی ہے جب کہ بول مثانہ یا متسع حوضِ کلیہ میں محبوس ہو جاتا ہے - یہ شاذ ہی کسی پتھر کا نوات بناتے ہیں، بلکہ یورک ایسڈ یا آگزیلیٹ کے دوسرے حصاتوں پر، اجسام غریبہ پر (مثلاً ان میں جو مثانہ میں ہوں)، اور مثانہ یا حوضِ کلیہ کی ملتہب غشائے مخاطی پر تہ نشین ہو جاتے ہیں - ممکن ہے کہ اس طرح وہ مثانہ کے حصات کی جسامت کو نہایت بڑا کر دیں، اور حوض میں ایسے انجمادات بنا دیں،

جو قمحات اور کماماتِ کلیہ کے مطابق ڈھلے ہوئے ہوتے ہیں (شجر بنی حصوات dendritic calculi)۔ یہ جماؤ سپید، نرم، اور بھر بھرا ہوتا ہے، اور پھکنی سے پگھل کر ایک قسم کا مینا بن جاتا ہے۔

(۵) کیلسیئم فاسفیٹ (calcium phosphate)۔ سپید اور کھریا مٹی جیسا، سطح پر کسیقدر چکنا ہوتا ہے، اس کا کسر ترابی ہوتا ہے۔ جسامت مٹر سے لے کر مرغی کے انڈے کے برابر مختلف ہوتی ہے۔

(۶) مخلوط۔ فاسفیٹ آگزلیٹ، یوریٹ فاسفیٹ، یوریٹ آگزلیٹ۔ یوریٹ آگزلیٹ فاسفیٹ۔ یہ تمام حصاتوں میں سے ۶۰ فی صدی کی نمائندگی کرتے ہیں، اور آخر الذکر وہ ہندوستان میں ۳۰ فی صدی کی (23) جن میں سے اکثر مثانہ میں پائے جاتے ہیں۔

(۷) کیلسیئم کاربونیٹ (calcium carbonate)۔ چھوٹا نہایت سخت، چکنا زماوی، زردی مائل یا کانسی کے رنگ کا یہ حصات جسامت میں چھوٹے دانوں سے لے کر ہیزل نٹ کے برابر تک ہوتے ہیں۔ یہ مویشیوں میں عام ہوتے ہیں۔

(۸) سسٹین (cystine)۔ عموماً بیضہ نما سطح ذراتی، زرد رنگ کی قلموں سے چمکدار، تراشنے پر نیم شفاف نظر آتے ہیں اور ساتھ ہی اُن میں شعاعی ساخت کے نشانات موجود ہوتے ہیں، اور کثافت کسیقدر نرم ہوتی ہے۔ کھلا رکھنے پر یہ حصات سبز ہو جاتے ہیں۔ ایک عدسہ کی مدد سے قلموں کی شش پہلو شکل نظر آسکتی ہے۔

(۹) زینتھین (xanthine)۔ طبعی خصائص میں یورک ایسڈ کے حصاتوں کی طرح، لیکن دارچینی کے رنگ کے، لائکر ایمونی (liquor ammoniæ) اور لائکر پوٹاسی (liquor potassæ) میں حل پذیر۔ یہ نہایت شاذ ہوتے ہیں، اور حوضِ کلیہ میں نہیں پائے جاتے ہیں۔

(۱۰) یوروا سٹیالتھ (urostealith)۔ یہ نرم، چربیلے جماؤ ہوتے ہیں جو چند اصابتوں میں پائے گئے ہیں۔ اِن میں سے ایک حصات تقریباً ایک ثلث کولیسٹیرین اور چربی، ایک ثلث یورک ایسڈ، اور کسیقدر آگزلیٹس پر مشتمل پایا گیا۔

(۱۱) نیل (indigo)۔ ایک بار آورڈ (Ord) کو حوضِ کلیہ میں اس کا حصات ملا، جس کا وزن ۵۰ گرین تھا۔

بولی حصات جسامت میں بہت مختلف ہوتے ہیں۔ اُن کا قطر ۲ یا ۳ انچ ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ نہایت چھوٹے ذرات یا ریزوں پر مشتمل ہوں، اور اس صورت میں اُن کو ریگ (gravel) کہتے ہیں۔

بیشتر حصاتوں کا مرکز یا نوات (یعنے وہ حصہ جو سب سے پہلے بنتا ہے) یورک ایسڈ کا ہوتا ہے۔ لیکن اُس کے اندر کیلسیم آگزلیٹ یا سوڈیم یوریٹ بھی پایا گیا ہے۔ بعض حصات منجمد خون، مخاط، یا کلوی سائک کے نوات پر جمتے ہیں، اور ممکن ہے کہ فلیقۂ خون باش (Schistosomum hæmatobium) کے بیضے گردے کے پتھروں کا ابتدائی نقطہ بن جائیں۔ بیشتر حصات بولی اُنبیبات میں بنتے ہیں، اور بعض سر حلمی خلیات تک میں (Ralfe)۔ خلوی جِرم ایک "کولائڈ" کی طرح عمل کرتا ہے جس کے گرد حصات کی نمو یابی جماؤوں کے جدید اضافات کے ذریعہ ہوتی ہے، کیونکہ اِس اَمر کا ثبوت موجود ہے کہ بعض اصابتوں میں کلوی حصات قشرے کے اندر ایک دویرے میں شروع ہو کر حوض کے اندر خارج ہو سکتے ہیں (36)۔ پیشاب کا تعامل، فاسفیٹز اور یوریٹز کی ترسیب کرنے میں جو اثر رکھتا ہے اس پر صفحہ 507 پر بحث کی گئی ہے۔ غالباً کلوی حصاتوں کی مزید بالیدگی اُن کے حوضِ گردہ میں خارج ہو جانے کے بعد ہوتی ہے۔

اسباب۔ حصات انگلستان کے متوسط یا مغربی حصوں کے نسبت مشرقی حصوں میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے، نیز ہندوستان میں سندھ میں، شمال مغربی صوبۂ سرحد میں اور پنجاب میں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ تجربی شہادت سے معلوم ہوتا ہے کہ متعدد عوامل اس کا سبب ہیں۔ غذائی، خاص طور پر گیہوں کا آٹا، جیئے کا آٹا۔ حیاتین ا کا فقدان، جو کہ بولی خطہ میں سر حلمی تقشر کا موجب ہوتا ہے۔ طبیعی کیمیاوی، یعنی غذا میں کیلسیئم کے مقابلہ میں فاسفیٹز کی قلت۔ سرایت، کلوی حصاتیت سے جو نبقات سبحیہ کاشت کئے گئے ہیں وہ بولی خطہ کے لئے (23) ایک تحلیز پسندی ظاہر کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 347)۔

علامات۔ (۱) جب پتھر حوضِ گردہ میں موجود ہو تو ممکن ہے کہ وہ بالکل مخفی ہو یا نیچے بیان کیئے ہوئے علامات پیدا کرے۔ اِن علامات کا اطلاق حوض میں یا حالب میں ایک پتھر کی موجودگی پر ہو سکتا 549
ہے، یا اُس پیپ پر ہو سکتا ہے جو متلازم التہابِ حوض کی وجہ سے آتی ہو۔ اور یہ علامات

نہایت چھوٹے سنگریزوں یا ریگ کی موجودگی سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ (۲) اگر پتھر حالب کے اندر آ گرے تو ممکن ہے کہ وہ معزوز ہو جائے، یا بمشکل آگے بڑھ کر قولنج کلوی، دم بولیت اور بعض حالات میں، تسلسل دی اُسرالبول پیدا کر دے (۳) کلوی پتھروں کے متاخر اثرات، خواہ اُس وقت جب کہ پتھر گردے میں ہوں، یا جب کہ اُن کا انعزاز حالب میں ہو چکا ہو، یہ ہیں :۔ التہاب حوض گردہ تمام درجوں کا، التہاب کلیہ و حوض کلیہ، التہاب گرد کلوی، گرد کلوی خراج، استسقاء الکلیہ اور تقیح حوض گردہ، جن کے علامات پہلے بیان کیے گئے ہیں۔

اکثر ریگ اور سنگ درد قطنی کا سبب ہوتے ہیں، جو اکثر "درد کمر" (lumbago) یا عضلی رثیت (muscular rheumatism) سمجھ لیا جاتا ہے۔ قطن کا یہ درد یا مستمر درد ہچکولے لگنے یا ہلنے سے زیادہ تکلیف دہ ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ حرقفی حفرات میں عانہ سے اوپر اور قضیب میں بھی مستمر درد محسوس ہوں۔ یہ تبوّل کرنے پر نمودار ہو جاتے ہیں اور اس فعل کے دوران میں یا اُس کے بعد محسوس ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ پیشاب بار بار آئے۔ اگر یہ علامات زیادہ طویل مدت سے موجود ہوں تو ممکن ہے کہ البیومین، پیپ یا مخاط، اور وقتاً فوقتاً تغیر پذیر مقداروں میں خون خارج ہو۔ کبھی کبھی پیشاب کیساتھ چھوٹے سنگریزے یا ریگ خارج ہوتی ہے۔

قولنج کلوی (renal colic) حالب کے عضلی ریشوں کے لگاتار انقباض کے باعث ہوتا ہے، اور یہ حوض گردہ میں پتھر کی خراش سے یا حالب میں اُس کے انعزاز یا نیچے گذرنے کی وجہ سے پیدا ہو سکتا ہے۔ قولنج کلوی، صفراوی قولنج سے مشابہت رکھتا ہے، اور اُس کے ممیز خصائص شدید درد، قشعریرہ، متلی اور قئے ہیں۔ یہ درد اُسی جانب کی کمر یا کوکھ میں ہوتا ہے، اور نیچے اور اندر کی طرف چڈے اور خصیہ میں متشعع ہوتا ہے، بعض اوقات رانوں، بلکہ ایڑی اور تلوے تک جاتا ہے، اور کبھی کبھی شکم، سینہ اور پشت تک پہنچتا ہے۔ زیادہ شدید حملوں میں مریض درد کے مارے دُہرا ہو جاتا ہے، یا فرش پر لوٹنے لگتا ہے، اور اُسے کثرت سے پسینہ چھوٹتا ہے، یا وہ شاحب پڑ کر مبہوط ہو جاتا ہے، اور ساتھ ہی اُس کی نبض سریع اور ضعیف ہو جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ تپش بلند درجہ پر ہو۔ اِس کے ساتھ ہی متلی اور قئے ہوتی ہے، اکثر قشعریرہ ہوتا ہے، بلکہ بعض اوقات عمومی

تشنجات بھی ہونے لگتے ہیں۔ اُسی جانب کا خصیہ باز کشیدہ، اور متورّم اور نہایت الیم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد کچھ عرصہ کے لئے کم ہو جائے، مگر وہ پھر ہونے لگتا ہے، اور ممکن ہے کہ وہ فی الجملہ چند گھنٹوں یا ایک یا دو دن تک جاری رہے، یہاں تک کہ پتھر آخر کار مثانہ میں خارج ہو جائے، یا حوضِ گردہ میں واپس آ جائے، اور پھر دفعتہً آرام معلوم ہوتا ہے، یا پہلو میں صرف ایک مستمر درد اور جلن کا احساس باقی رہتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ درد اُس وقت بھی موقوف ہو جائے جب کہ پتھر حالب ہی میں مغروز ہو کر رہ گیا ہو۔ دورے کے دوران میں پیشاب بار بار اور درد کے ساتھ ہوتا ہے، اُس کی مقدار تھوڑی ہوتی ہے، اور وہ شاید قطرہ قطرہ ہوتا ہے۔ اور اُس میں خون بھی موجود ہو سکتا ہے۔ شکم کا امتحان کرنے پر ممکن ہے کہ گردہ الیم اور عضلات کسی قدر استوار پائے جائیں، لیکن اُس قدر استوار نہیں کہ جتنے التہابِ باریطون میں ہوتے ہیں۔ حالب کے اسفل حصے کا پتھر بعض اوقات مستقیمی امتحان کرنے پر محسوس ہو سکتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ پتھر حالب میں شناخت ہو جائے اور گردے سے مثانہ تک اُس کا گذر دیکھا جائے۔

ایسا حملہ خود بخود ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ کسی حرکت سے شروع ہو جائے، جو معلوم ہوتا ہے کہ پتھر کو اُس کی جگہ سے ہٹا دیتی ہے۔ قولنج کلوی اُسی مریض میں مکرر ہو سکتا ہے۔ اِس کا انحصار بلاشبہ پتھروں کی تعداد اور جسامت پر ہوتا ہے۔ ظاہر ہے کہ اگر پتھر حوضِ گردہ میں واپس چلا جائے تو دوبارہ مغروز ہونے پر وہ پھر قولنج کلوی پیدا کر سکتا ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں حوضِ گردہ میں کے کثیر التعداد پتھر جس کرنے پر درد اہٹ کے احساس سے شناخت ہو سکتے ہیں۔ طویل عرصہ کی فعالیت کے بعد علامات کا بالکل رفع ہو جانا، پتھر کے دو یرہ بند ہو جانے کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔

تسدّدی اُسرالبول (obstructive suppression) اُس اسرالبول

سے مختلف ہے جو حاد امتلاء یا حاد مرضِ برائٹ کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، اور نمایاں اصابتوں میں اِس کے علامات نہایت واضح طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ یہ اُس وقت پیدا ہو جاتا ہے جب کہ دونوں حالب ایک ساتھ مضغوط ہو جائیں، جیسا کہ عورتوں میں اُس وقت واقع ہوتا ہے جب کہ حوضی اعضا کا سرطان مثانہ کے قاعدہ پر حملہ کر دیتا ہے۔ یا جب ایک گردے کے تعضیہ میں فساد واقع ہو گیا ہو، یا اُس کا استیصال کر دیا گیا ہو

یا وہ کسی اور طرح معطّل (hors de combat) ہو گیا ہو اور تندرست گردے کے حالب میں ایک پتھر مغروز ہو جائے ۔ اِس حالت کو بعض اوقات **مخفی یوریادمویت** (latent uræmia) کہتے ہیں ۔ بعض اصابتوں میں پیشاب خارج نہیں ہوتا ۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ کچھ پیشاب طویل وقفوں کے بعد تھوڑی تھوڑی مقدار میں خارج ہو لیکن وہ صاف، پانی جیسا اور نہایت ادنیٰ کثافتِ نوعی (مثلاً ۱۰۰۶) کا ہوتا ہے، اور اُس میں یوریا اور دوسرے جامدات کی نہایت تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے، اور تاوقتیکہ خون موجود نہ ہو، یا التہاب مثانہ (جو سرطان مثانہ کے ساتھ ہوا کرتا ہے) کی وجہ سے پیشاب میں تبدیلی نہ واقع ہو گئی ہو، اُس میں کوئی البیومین نہیں ہوتا۔ 550
ابتداءً مریض کی حالت میں کوئی بڑی تبدیلی نہیں ہوتی ۔ ممکن ہے کہ وہ حسبِ معمول کھاتا ہو، لیکن اُس کی عضلی طاقت کم ہو جاتی ہے، بے خوابی پیدا ہو جاتی ہے، اور کوئی پانچ یا چھ دن کے بعد عضلی جھٹکے، یا مزمن یوریادمویت (chronic uræmia) کے جھٹکے ہونے لگتے ہیں، جن کے ساتھ سانس پھولنے لگتی ہے اور بالآخر قوما طاری ہو جاتا ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 530) ۔ بالعموم تسدد کے آغاز کے بعد نو سے گیارہ دن تک میں موت واقع ہو جاتی ہے، اور اِس سے زیادہ نہایت شاذ ہی تاخیر ہوتی ہے ۔ اگر پتھر خارج ہو کر یا کسی نوبالید کے ٹوٹنے سے تسدد رفع ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ شفا ہو جائے ۔

تشخیص ۔ تمثیلی علامات، یعنے قطنی درد، دم بولیت اور البیومین بولیت، نہ صرف ایک اوسط جسامت کے پتھر سے پیدا ہو سکتے ہیں، بلکہ باریک ریگ اور یورک ایسڈ کی قلموں سے بھی ہو سکتے ہیں، جو حالب میں سے بہ آسانی گذر جائیں گے ۔ اور اِن اصابتوں میں دردِ خصیہ اور بار بار پیشاب آنا بھی موجود ہو سکتا ہے ۔ قولنج کا شدید دورہ جس میں دم بولیت اور دردِ خصیہ اور خصیہ کی باز کشیدگی بھی ہو، پتھر کی موجودگی کا نہایت قوی ثبوت ہے ۔ لیکن ممکن ہے وہ سرطان، تدرن اور التہاب حوض الکلیہ و الکلیہ کا نتیجہ ہوں۔

سرطان گردہ میں نزف اکثر زیادہ وافر اور زیادہ مسلسل ہوتا ہے ۔ پیشاب میں خون کے بعد جیلاتینی سرخ تھکے نظر آتے ہیں، اور بعض اوقات خردبین سے سرطانی خلیے مل سکتے ہیں ۔ مناسب وقت پر رسولی پائی جائے تو اِس سے تشخیص میں مدد



الف



ب

الف - ب کلوی حصوات۔ ب میں ایک چھوٹا سا گروہ گردہ کے زیرین قطب پر ملاحظہ ہو۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ 550

ملے گی۔ پتھر کا امکان نوعمر مریض میں زیادہ ہوتا ہے، لیکن پتھر یا سرطان ہر دو ادھیڑ عمر یا زیادہ عمر میں موجود ہو سکتے ہیں۔ گردے کا تدرن ممکن ہے کہ قطنی درد، بار بار پیشاب آنے اور پیشاب میں پیپ بلکہ خون آنے سے حصات کی مشابہت پیدا کر دے۔ اول الذکر میں تدرن کی خاندانی یا ذاتی سرگذشت یا تدرن کی موجودہ دلالتیں موجود ہو سکتی ہیں۔ دم بولیت اور گردے کا درد نسبتۃً کم نمایاں اور کم ممیز ہو سکتا ہے۔ التہاب کلیہ و حوضِ کلیہ کی مشابہت بار بار پیشاب آنے سے پیدا ہو سکتی ہے، بالخصوص اگر دم بولیت غیر موجود ہے۔ قطنی درد کے ماسبق حملے اور اگر پیپ موجود ہے تو بول کا ترشئی تعامل، یہ امور کلوی مبداء کی تائید میں ہوتے ہیں۔

آج کل کلوی اور حالبی حصات کی تشخیص میں ہمیشہ لاشعاعوں کا استعمال کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۱)۔ لیکن یورک ایسڈ کے حصات لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف نہیں ہوتے۔ پتھر کی چھاؤں کو (۱) لمبے وریدی حصوات (phleboliths) سے ممیز کرنا چاہیئے، جو متعدد ہو سکتے ہیں اور ایک ورید کے خط میں ہوتے ہیں نہ کہ حالب کے خط میں۔ نیز (۲) اُسے مکلّس غدد سے ممیز کرنا چاہیئے جو گروہ در گروہ واقع ہوتے ہیں۔ تشخیص کی مشکلات یورو سلیکٹان (uroselectan) یا حوض نگاری (pyelography) کی مدد سے دور کی جا سکتی ہیں، جو حالب کے خط کو ظاہر کر دیں گے۔ نیز ایک قاثاطیر سے پتھر کو چھو سکتے ہیں۔ اگر مثانہ بین سے مثانہ کا امتحان کیا جائے تو ایک یا دوسرے حالب کے قریب غشائے مخاطی کی خراش کے آمارات دیکھے جا سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ کسی ایک حالب میں سے بہنے والا پیشاب ازحد آہستہ آرہا ہو، یا اُس میں خون یا پیپ کے خلیے موجود ہوں (نیز ملاحظہ ہو گردہ اور مثانہ کا امتحان)۔ آخر میں بعض اصابتوں میں گردے یا حالب پر ایک استقصائی شگاف لگانا جائز ہے۔

یہ بالکل صاف معلوم ہوتا ہے کہ نہ صرف حصات خود اپنی جانب پر درد پیدا کرنے کے ساتھ ساتھ متقابل کوکھ یا پہلو میں درد پیدا کر سکتا ہے، بلکہ مستثنیٰ اصابتوں میں یہ درد صرف تندرست گردے والی جانب میں ہی محسوس کیا گیا ہے۔ سنگِ گردہ فوق العانہ درد بھی پیدا کر سکتا ہے اور اس طرح سنگ مثانہ کی نہایت قریبی مشابہت پیدا کر سکتا ہے۔ یہ درد ضرور معکوس طور پر پیدا ہوتے ہوں گے، اور اِن سے ظاہر ہوتا ہے کہ

بولی خطے کے تمام حصوں کے عصبی تعلقات ایک دوسرے کے ساتھ کس قدر قریبی رشتہ رکھتے ہیں ۔ ممکن ہے اسفل حالب کے حصات کے علامات وہی ہوں جو اسفل بولی خطے کی خراش سے پیدا ہو جاتے ہیں، اگرچہ اس قاعدے کے بہت سے مستثنیات ہیں ۔

علاج ۔ ریگ کا اس وقت جب کہ وہ یورک ایسڈ کی وجہ سے ہو، تدارک پست پیورینی غذا کی تجویز سے کرنا چاہیئے (ملاحظہ ہو نقرس) اور ایسی ادویہ کے استعمال سے جو پیشاب کو کم ترشئی کر دیں ۔ کارگر ترین ادویہ پوٹاسیئم یا سوڈیئم کے سائٹریٹ، ایسیٹیٹ اور بائی کاربونیٹ ہیں، جنہیں ۳۰ تا ۶۰ گرین کی معتادوں میں ۳ یا ۴ اونس پانی میں روزانہ دو یا تین بار، یا رات کو آرام کرنے سے پہلے ایک نسبتہً زیادہ بڑی معتاد میں دینا چاہیئے، کیونکہ رات کے وقت یورک ایسڈ کی ترسیب کا رجحان سب سے زیادہ ہوتا ہے پیشاب کا تعامل اس وقت دیکھنا چاہیئے جب کہ بیدار ہونے پر پیشاب کیا جائے، ۱۰ - ۱۱ بجے جبکہ
قلوی مدّ اپنے اعظم درجہ پر ہوتا ہے، اور رات کے وقت عشائیہ سے پہلے اور بستر پر 551
جانے سے پہلے ۔ نصب العین ۶ اور ۷ کے درمیان P^H ہونا چاہیئے (ملاحظہ ہو پیشاب کا تعامل) ۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ پیشاب اتنا قلوی ہو کہ فاسفیٹ کی ریگ یا فاسفیٹ یولیت پیدا کر دے یعنی وہ ۶٫۸ یا اس سے اوپر P^H کا ہو ۔ ممکن ہے اس کا سبب پست پروٹینی غذا اور سبزیوں اور پھل کی افراط ہو ۔ پروٹین بڑھانے کے علاوہ جس سے لازماً فاسفیٹ کا اخراج بھی بڑھ جاتا ہے، تعامل کو زیادہ ترشئی بنانے کا طریقہ یہ ہے کہ ایمونیم کلورائیڈ (ammonium chloride) یا کیلسیم کلورائیڈ (calcium chloride) دیا جائے (ملاحظہ ہو التہاب حوض الکلیہ و الکلیہ کا علاج) ۔

اگر پتھر درحقیقت بن گیا ہے تو وہ کسی طبی علاج سے حل نہیں ہو سکتا، لیکن اگر وہ چھوٹا ہو تو سیالی درآمد بڑھانے سے نکالا جا سکتا ہے، یا کلوی حصات شگافی (nephrolithotomy) کا عملیہ، یا اگر گردہ متضرر ہو کر بے کار محض ہو گیا ہو تو گردہ بر آری (nephrectomy) کا عملیہ کرنا چاہیئے اگرچہ ایک بظاہر یاس انگیز حد تک بے کار شدہ گردے میں کچھ نہ کچھ وظیفہ بحال ہونے کی قوت پر حال ہی میں اس قدر زور دیا گیا ہے کہ گردہ براری پر گردہ شگافی کو ترجیح دینی چاہیئے، بالخصوص اسلئے کہ دوسرے گردہ میں پتھر پیدا ہو جانے کا امکان ہے ۔

قولنج کلوی کا علاج ۔ یہاں شدید درد کو دفع کرنے کے لئے، نیز اس توقع پر کہ ممکن ہے کہ وہ حالب کے تشنج کو ڈھیلا کرکے پتھر کے خارج ہونے میں آسانی پیدا کردیں، مسکنات کی ضرورت ہوتی ہے ۔ اگر درد شدید ہو تو مارفیا کی پچکاری فوراً دینی چاہیے، یا مارفیا یا افیون کو داخلی طور پر یا بصورت شافہ استعمال کیا جائے، یا کلوروفارم یا ایتھر کا استنشاق کرایا جائے ۔ پیپاورین ہائڈروکلورائڈ (papaverine hydrochloride) جو افیون کے الکالائڈز میں سے ایک ہے، $\frac{1}{3}$ تا $\frac{1}{2}$ اگرین کی مقداروں میں دینے سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں ۔ مقامی طور پر، گرم پولٹس، گرم تکمیدات، لقاح کے لاسقات یا گرم غسل استعمال کرنے چاہئیں ۔ مریض کو آرام وسکون سے رہنا چاہیے، اور گرم مُرقق مشروبات، آشِ جو، وغیرہ کا وقتاً فوقتاً استعمال کرنا چاہیے ۔

وظیفی البیومن بولیت

(FUNCTIONAL ALBUMINURIA)

یہ پہلے بتلایا گیا ہے کہ البیومن بولیت متعدد مرضی حالتوں میں واقع ہوسکتی ہے جن میں التہابِ گردہ اور کلوی انحطاطات، حاو علالتیں، امراضِ ساریہ، اور وریدی امتلاء نہایت اہم ہیں ۔ لیکن معلوم ہوتا ہے کہ بعض اوقات البیومن بولیت ایسے اشخاص میں موجود ہوتی ہے جو کامل صحت کی حالت میں معلوم ہوتے ہیں، اور مزید امتحان کرنے پر مرض کی کوئی اَمارت نہیں ظاہر کرتے ۔

میکلین (Maclean) نے پچاس ہزار سپاہیوں کے بول کا امتحان کیا اور اُسے اُن میں سے ۶۲، ۵ فی صدی میں البیومن بولیت ملی ۔ ۵۵، ۲ فی صدی میں البیومن بولیت بہت نمایاں تھی ۔ ان میں سے بہت سی اصابتیں غالباً وظیفی البیومن بولیت کی مثالیں تھیں ۔ نیز افراد کے بعض گروہوں، مثلاً ایک سے چھ دن تک کی عمر کے شیر خواروں، مدرسہ کے طلبا، بینک کے محرروں، سپاہیوں، یا کارخانوں میں کام کرنے والوں میں بول کے اندر البیومن کی موجودگی کے متعلق کثیر التعداد مشاہدات کیے گئے ہیں ۔ اور ہمیشہ اِن کی کچھ تعداد میں، جو ۵ سے ۳۰ فی صدی تک ہوتی ہے،

البیومن پایا جاتا ہے ۔ یہ ایک عام تجربہ ہے کہ بیمہ زندگی کی مزاولت میں اٹھارہ اور تیس سال کی عمروں کے درمیان کے درخواست گزاروں کی ایک بڑی تعداد میں، جو خود کو کامل تندرست سمجھتے ہیں، بول کے اندر البیومن کی تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے ۔ بلاشبہ ان میں سے بہت سی اصابتیں وظیفی البیومن بولیت کی مثالیں ہیں، لیکن دوسری اصابتیں ایک ماسبق التہابِ گردہ کا نتیجہ ہوتی ہیں، کہ جس سے ایک "رستا ہوا" گردہ ("leaky kidney") باقی رہ گیا ہو۔

امراضیات ۔ بالعموم یہ البیومن خفیف مقدار میں ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں گلابیولین (globulin) کی فی صدی مقدار بہت زیادہ ہوتی ہے ۔ سیرم گلابیولین (serum globulin)، یوگلابیولین (euglobulin) اور سوڈوگلابیولین (pseudo-globulin) پر مشتمل ہوتا ہے، اور بول کے اندر جو جزو موجود ہوتا ہے وہ یوگلابیولین ہے۔ یہ شے اکثر لیسی تھین (lecithin) اور دوسرے لیپائڈ اشیا کے ساتھ مخلوط ہوتی ہے اور بعض اوقات جب کہ یہ بڑی مقدار میں موجود ہوتی ہیں تو بول دودھیا ہو جاتا ہے ۔ التہاب گردہ کی البیومن بولیت میں گلابیولین سے چھ گنا البیومن ہوتا ہے، لیکن وظیفی البیومن بولیت کی اِن اصابتوں میں گو ہمیشہ نہیں مگر اکثر اِن دونوں کی مقداریں تقریباً مساوی ہوتی ہیں ۔ بول میں ۳۳ فی صدی ایسیٹک ایسڈ قطرہ قطرہ ملانے سے، یہاں تک کہ ایک سفید رسوب بن جائے، یوگلابیولین معلوم ہو سکتا ہے ۔

وظیفی البیومن بولیت کے مندرجہ ذیل اقسام کا، جو زیادہ تر نوعمر افراد میں ہوتے ہیں، جداگانہ تذکرہ ضروری ہے :۔

ورزشی البیومن بولیت (athletic albuminuria)۔ بعض اوقات اُن اشخاص کے بول میں، جو حال ہی میں کشتی چلانے یا شرط بدکر دوڑنے یا دوسری شدید جسمانی ورزش میں حصہ لے چکے ہوں، البیومن خفیف، قطعی، بلکہ زیادہ مقدار میں پایا جاتا ہے ۔ بلاشبہ یہ البیومن بولیت ایک عارضی اختلال ہے جو ظاہر کرتا ہے کہ گردے میں کم دموی رسد پہنچتی ہے، کیونکہ عضلات اور جلد کے لئے زیادہ خون کی ضرورت ہوتی ہے ۔ 552

غذائی البیومن بولیت (dietetic albuminuria)۔ یہ پروٹینی

غذا کی بڑی مقداروں کے ادخال کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک چھ ماہ کے تجربہ میں ایک آدمی نے روزانہ ۳۳۷ گرام پروٹین لیا۔ البیومن بولیت بتدریج اتنی بڑھ گئی کہ ہر گھنٹے میں ۲-۴ ملی گرام خارج ہونے لگے، سبانک نمودار ہو گئے، جو پہلے زجاجی تھے، اور بعد میں ذراتی ہو گئے۔ موضوعی اختلالات یا دموی خون کا ارتفاع بالکل نہ تھا۔ بدیہی طور پر گردہ نقصان رسیدہ ہو گیا تھا۔ لیکن یہ نقصان عارضی تھا، کیونکہ طبیعی غذا (32) شروع کرنے کے ۱۰ دن بعد یہ تمام امارات غائب ہو گئیں (32)۔

استقامی البیومن بولیت (orthostatic albuminuria)۔ اِس میں وہ اصابتیں شامل ہیں جو وضعی البیومن بولیت (postural albuminuria) کے نام سے یاد کی جاتی ہیں، اور غالباً دَوری (cyclic)، منفتر (remittent)، اور متوقف (intermittent) اشکال بھی شامل ہیں۔ یہ اچھی صحت والے اشخاص میں، زیادہ اکثر نوعمروں یا نوعمر بالغوں میں ہوتی ہے اور اس کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ دن کے بعض اوقات میں البیومن موجود اور بعض میں غیر موجود ہوتا ہے۔ مثلاً وہ علی الصباح نہیں ملتا، لیکن تقریباً ۹ بجے صبح سے شام کے ۵ یا ۶ بجے تک موجود ہوتا ہے، اور اُس پیشاب میں جو رات کو ہوتا ہے غائب ہو جاتا ہے۔ بظاہر یہ البیومن بولیت بالخصوص کھڑی وضع اختیار کرنے سے پیدا ہو جاتی ہے اور اُس متلازم ورزش سے جو دن میں کی جاتی ہے۔ اور رات کو لیٹی ہوئی وضع کی وجہ سے غائب ہو جاتی ہے۔ لی ہوئی غذا کی مقدار کا اِس پر کوئی اثر نہیں ہوتا۔ سونے (Sonne) نے بتلا دیا ہے کہ اِن اصابتوں میں اہم امر قطاء (lordosis) کی موجودگی ہے جو کھڑی وضع میں قدرتاً پیدا ہو جاتا ہے۔ بائیں کلوی ورید شوکہ اور اُورطی کے درمیان مضغوط ہو جاتی ہے۔ دورانِ خون میں خلل واقع ہو جانے کی وجہ سے البیومن بولیت پیدا ہو جاتی ہے۔ جب مریض لیٹا ہوا ہوتا ہے تو یہ حالت رفع ہو جاتی ہے۔ سونے نے اِس قسم کی دس اصابتوں میں ظاہر کر دیا کہ صرف بایاں گردہ ہی البیومن بولیت پیدا کرتا ہے۔ اِس حالت کو قطائی بولیت (lordotic albuminuria) شمار کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ دورانِ حمل کی البیومن بولیت جزءً چپ جانبی قطائی البیومن بولیت ہو (33)۔

دَوری البیومن بولیت (paroxysmal albuminuria)۔ یہ بلاشبہ

دَوری ہیموگلوبن بولیت کی ایک ہئیت کے طور پر واقع ہوتی ہے، جس میں ہیموگلوبن ٹوٹ کر ہیماٹین (hæmatin) اور گلابیولین (globulin) میں جدا ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 444)۔ مریضوں کو کسلمندی ہوتی ہے، اُن کا رنگ شاحب پڑ جاتا ہے، اور بالآخر البیومن بولیت ہو جاتی ہے۔ ساتھ ہی بول میں یوریا اور یوروبائلین کی زیادتی ہوتی ہے۔

تشخیص۔ ممکن ہے کہ تشخیص بہت مشکل ہو، کیونکہ یہ ظاہر ہو گیا ہے کہ خفیف البیومن بولیت جو التہاب گردہ کے باعث ہو اکثر وضعی ہوتی ہے، اور البیومن اور گلابیولین کی اضافی مقداریں نہایت تغیر پذیر ہوتی ہیں (35)۔ ماسبق التہاب گردہ یا سرائت کی سرگذشت، مریض کی حالت (کہ آیا وہ نڈھال ہے یا اُس کی طبیعت شُست ہے) یا گردے کے فعل میں خرابی ہونے سے اِس امر کی تائید ہوگی کہ مرض برائٹ اس حالت کا سبب ہے، اگرچہ ایسی صورت میں بھی انذار لازماً بُرا ہوگا۔ یُوگلابیُولین (euglobulin) کی موجودگی اور رات کے وقت البیومن بولیت کی قطعی غیر موجودگی وظیفی البیومن بولیت کی تائید میں ہوں گے۔

اِنذار۔ اِن اصابتوں کا مستقبل مجموعی حیثیت سے امید افزا ہوتا ہے اور اصابتوں کی بڑی اکثریت میں یہ البیُومن بولیت بالکل رفع ہو جاتی ہے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ یہ دو یا تین، بلکہ سات یا دس سال تک جاری رہے۔

علاج۔ بہ استثنائے اُس شکل کے جس میں غذائی قسم کی البیومن بولیت ہو، کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ اِس حالت میں غذا کے اندر پروٹین کو کم کر دینا چاہئے۔

REFERENCES

1 F. Kidd .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 748.

2 P. L. Violle .. 1931 *General Practice and Franco-British Medical Review*, 7, p. 209.

3 R. O. Ward .. 1931 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 175.

4 H. Schall .. 1929 *Nahrungsmitteltabelle.* Leipzig.

5 L. Mackey and Sir A. E. Garrod .. 1922 *Quart. Journ. Med.*, 15, p. 319.

6 P. M. T. Kerridge .. 1931 *Lancet*, i., p. 21

553 7 E. H. Starling and E. B. Verney .. 1925 *Proc. Roy. Soc.*, B. 97, p. 321.

8 G. H. Oriel .. 1929 *Guy's Hosp. Rep.*, 79, p. 376.

9 E. P. Poulton and J. H. Ryffel .. 1932 *Guy's Hosp. Rep.*, 82, p. 303.

10 T. Addis .. 1922 *Arch. Int. Med.*, 30, p. 378.

11 E. Moller, J. F. McIntosh and D. D. Van Slyke .. 1929 *Journ. Clin. Invest.*, 6, p. 472.

12 C. L. Cope .. 1931 *Quart. Journ. Med.*, 24, p. 567.

13 Clausen .. 1924 *J. Biol. Chem. (Proceedings)*, 59, p. xlvi.

14 W. Cramer .. 1932 *Lancet*, ii., p. 174.

15 R. W. Brookfield .. 1934 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 848.

16 D. Baird & J. S. Dunn. 1933 *Journ. Path. & Bact.*, 87, p. 291.

17 A. A. Osman .. 1925 *Guy's Hosp. Rep.*, 75, p. 306.

18 A. Lemierre .. 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 77, p. 325.

19 J. Thomson-Walker .. 1927 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 625.

20 J. Shaw Dunn, E. G. Oastler and S. L. Tompsett .. 1934 *Journ. Path. & Bact.*, 38, p. 421.

21	J. P. Hosford ..	1932	*Lancet*, i., p. 435.
22	R. H. Jocelyn Swan ..	1933	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 606.
23	R. McCarrison ..	1931	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 1009.
24	Dorothy S. Russell, A Classification of Bright's Disease ..	1929	*Med. Res. Council Spec. Reports*, 142.
25	J. M. H. Campbell, G. H. Hunt and E. P. Poulton ..	1923	*Journ. Path. & Bact.*, 26. p. 234.
26	T. R. Parsons and E. P. Poulton ..	1923	*Bioch. Journ.*, 17, p. 341.
27	O. L. V. de Wesselow ..	1924	*Lancet*, i., p. 1099.
28	T. I. Bennett ..	1928	*Lancet*, i., p. 535.
29	G. Thompson ..	1932	*Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1134.
30	A. G. Gibson ..	1928	*Lancet*, ii., p. 903.
31	H. Cabot ..	1926	*Lancet*, ii., p. 53.
32	L. H. Newburgh and Others ..	1930	Quoted in *Lancet*, i., p. 973.
33	F. Cook (Hunterian Lecture) ..	1924	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 372.
34	W. Sampson Handley .	1923	*Proc. Roy. Soc. Med. (Sect. Surgery)*, 16, p. 21.
35	J. W. Russell ..	1925	*Lancet*, ii., p. 683.
36	H.. Carter and A. A. Osman ..	1927	*Proc. Roy. Soc. Med. (Sect. Med.)*, 20, p. 43.
37	R. Platt ..	1932	*Quart. Journ. Med.*, i., p. 499.
38	E. Schiff ..	1932	Quoted in *Lancet*, ii., p. 1168.
39	E. B. Mayer ..	1926	*Quart. Journ. Med.*, 19, p. 273.

ہڈیوں، مفاصل اور رداؤں کے امراض

روماتزمی (رثیتی) امراض

لفظ "روماتزم" کا ماخذ پہلے دیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 257)، اور وزارت صحت کی ترتیب دی ہوئی جماعت بندی کے گروہ ا کے امراض، یعنی رثیتی تپ، تحت الحادرثیت اور رثیتی پر پیورا پر کسی دوسری جگہ بحث کی گئی ہے۔ گروہ ب "غیر مفصلی مظہرات" مثلاً التہابی لیفی یا عضلی رثیت پر مشتمل ہوتا ہے، اور اس میں درد کمر (lumbago)، عرق النسا (sciatica) اور عضدی التہاب العصب (brachial neuritis) بھی شامل ہیں۔ گروہ ج مفصلی امراض مثلاً رثیت آسا التہاب مفصل (rheumatoid arthritis)، عظمی مفصلی التہاب (osteoarthritis) پر مشتمل ہوتا ہے جن میں "شیخوخی نوضی مرض" ("senile hip disease")، حاد اور مزمن نقرس، اور نا قابل جماعت بندی مزمن مفصلی تغیرات بھی شامل ہیں۔

رثیتی امراض کی اہمیت مندرجہ ذیل اعداد و شمار سے دیکھی جا سکتی ہے (4)۔ ۱۰۰۰ بیمہ کرانے والے مردوں اور ۱۰۰۰ بیمہ کرانے والی ۱۶ سال سے اوپر کی عورتوں میں سے، ہر سال ۹۳۰ افراد ہر قسم کے عوارض کے لئے طبی مشورہ کے طالب ہوئے، اور ان میں سے ۵۵ نے رثیتی مرض کی شکایت کی، جو کہ حسب ذیل طریقہ پر منقسم تھی۔ ا، حادرثیت، ۴ مرد اور ۵ عورتیں۔ ب، التہاب لیفی، ۱۹ مرد اور ۱۱ عورتیں۔ ج، التہاب مفصل ۸ مرد اور ۶ عورتیں۔ یہ امر یاد رکھنا چاہیے کہ بیمہ کرانے والی عورتیں، شادی کی وجہ سے، مردوں کی بہ نسبت اوسطاً زیادہ کم عمر ہوتی ہیں۔ جہاں تک پیشوں کا تعلق ہے، دھاتی کاریگر سب سے زیادہ متاثر ہوتے ہیں اور خاص طور پر وہ فولادی کاریگر جو کہ پگھلے ہوئے لوہے کو ہلاتے ہیں، غالباً اس لئے کہ ان کو وقفہ وقفہ سے نہایت ہی سخت ورزش کرنا اور پھر ٹھنڈا ہونے کے لئے ہوا کی رو میں بیٹھنا پڑتا ہے۔ فی الجملہ

رثیت کا حدوث عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتا ہے۔

یہاں بنظر سہولت ہم ساری مفصلی التہاب کا، جو کہ مختلف الاقسام امراض کا ایک گروہ ہے، مختصر سا تذکرہ کئے دیتے ہیں، تاکہ اس کو حقیقی رثیتی امراض سے خارج از بحث کر دیا جائے۔

ساری مفصلی التہاب (infective arthritis)- یہ دیکھا گیا ہوگا کہ ایسے متعدد ساری امراض ہیں کہ جن میں مفصلی التہاب کا بطور ایک پیچیدگی کے تذکرہ کیا گیا ہے، مثلاً ٹائفس (typhus)، قرمزیہ (scarlatina)، چیچک (small-pox)، تپ محرقہ (typhoid)، انفلوئنزا، لنگڑا بخار (dengue)، ذات الریہ (نبقی ریوی مفصلی التہاب)، نبقی سبحی اور نبقی عنبی عفونۃ الدم (streptococcal and staphylococcal septicæmia)، سوزاک (gonorrhœa)، عُصَیوی زحیر (bacillary dysentery)، پیدائشی اور اکتسابی دونوں قسم کی آتشک، اور تدرن (tubercle)- ساری مفصلی التہاب ایک سادہ زلالی التہاب ہو سکتا ہے، جو جلد اچھا ہو جاتا ہے، جیسے کہ رثیتی تپ میں۔ یا اُس کا نتیجہ جساۃ ہو سکتی ہے، جیسے کہ تدرن میں۔ یا اُس کا نتیجہ تقیح ہو سکتا ہے، جیسے کہ ریم ساز عضویوں کے حملہ میں۔ علامات درد اور الیمیت ہیں، جن کے ساتھ ممکن ہے مفاصل کا ورم ہو یا نہ ہو، اور ممکن ہے کہ اس مفصلی التہاب کے مبدا کی شناخت کے ذرائع صرف اس کی سرگذشت اور اس کے تلازمات میں ہی پائے جائیں۔ یہ امر کہ سیلی سلیٹس (salicylates) سے درد میں تخفیف ہوتی ہے اور تپش کم ہو جاتی ہے، اس کا ثبوت نہیں کہ یہ مرض نوعی طور پر رثیتی تپ ہے۔ نسبتۃً ہلکی قسمیں آرام ہی سے اچھی ہو جاتی ہیں، زیادہ شدید قسموں میں جبیرات اور تثبیت کی ضرورت ہوتی ہے، اور جہاں تقیح کی شناخت ہو جائے مفصل کو کھول کر اُس کی مَسیلیت قایم کر دینی چاہیئے، یا پیپ کا امتصاص کر کے فلیوین (flavine) (۱۰۰۰ میں ایک طاقت کی) کا اشراب کیا جا سکتا ہے۔ جیسے ہی کہ التہاب کا درجۂ حاد رفع ہو جائے حرکاتِ مجہول عمل میں لانے چاہئیں، تاکہ مفصل مثبت نہ ہونے پائے۔

لیفی التہاب

(fibrositis)

وجع العضلہ (myalgia)، عضلی رثیہ (muscular rheumatism)

یہ نام عضلات یا رداؤں کے اُس دردناک عارضہ کو دیا گیا ہے، جس کا انحصار التہابی نوعیت کے مقامی تغیرات پر ہوتا ہے۔ اس کا حدوث موسم سرما میں سب سے زیادہ اور موسم گرما میں سب سے کم ہوتا ہے۔ 555

درد کا سبب غالباً یہ ہے کہ عضلات، اُن کے اوتار اور اُن کی ردائی چپیدگیوں کی بین خلائی اتصالی بافت میں ورم پیدا ہو جاتا ہے، جس سے عصبی منتہاؤں کا انضغاط ہو جاتا ہے۔ یہ ورم رشحہ کا نتیجہ ہوتا ہے، اور رشحہ جوئے خون سے (جراثیمی یا کیمیائی) سموم کے جم جانے سے پیدا ہوتا ہے یا بار بار چوٹ کی وجہ سے بافتوں کے پھٹ جانے سے۔

چنانچہ ان اصابتوں کے ایک گروہ میں لیفی التہاب کا سبب تسمم الدم کا کوئی منبع پایا جاتا ہے، جیسے کہ کوئی عفنِ ماسکہ یا نقرس سے مشابہ کوئی تحول کی خرابی۔ اِن اصابتوں میں مقامی جماؤ پیدا ہونے کا ایک اہم سبب سردی کا تکشف معلوم ہوتا ہے۔ دوسرے گروہ میں عضلی بار کی سرگذشت ملتی ہے۔ اِن گروہوں کے درمیان کوئی قطعی حدِ فاصل قائم نہیں کی جا سکتی، کیونکہ مقامی تضرر سمیات کے عمل کے لئے ایک ماؤی بہم پہنچاتا ہے۔

علامات۔ بالعموم صرف ایک ہی عضلہ یا وتر ماؤف ہوا کرتا ہے، اور ابتداءً درد ایک ہی جگہ محدود المقام ہوتا ہے۔ درد اُسی وقت محسوس ہوتا ہے جب کہ براہ راست ماؤف شدہ عضلہ کے انقباض سے یا اُس کے ضد متنازعات کے انقباض سے ماؤف حصہ کو پھیلایا یا کھینچا جاتا ہے۔ مرض کے مقام پر دبانے سے بھی درد ہوتا ہے۔ لیکن اگر مریض اپنے عضلات کو بالکل ڈھیلا کر لے اور آہستہ آہستہ حرکاتِ مجہول انجام دئے جائیں تو درد نہیں ہوتا۔ یہ امر اس حالت کو متصلہ مفاصل کے التہاب سے متفرق کرنے کے لئے کارآمد ہے۔ آغاز مرض عموماً حاد ہوتا ہے، اور حرکت کرنے پر تیز درد محسوس ہوتا ہے۔ اِس کی عام جائے وقوع قطنی عضلات ہیں، اور اِس صورت میں اسے اکثر

درد کمر (lumbago) کہتے ہیں۔ اس میں حرکت کرنے (مثلاً جھکنے) میں نہایت درد ہوتا ہے اور چلنا صرف اکڑی ہوئی پشت کے ساتھ ممکن ہوتا ہے۔ بعض اوقات تین یا چار روز کے وقفہ سے سُرین میں درد محسوس ہو کر عرق النسار (sciatica) نمودار ہوجاتا ہے، جس کا سبب غالباً عصب نسائی کے غلاف میں التہاب کا پھیل جانا ہے۔ جس وقت یہ واقع ہوجاتا ہے تو عرق النسا اصلی درد کمر کو چھپا دیتا ہے اور اُس کے بعد تک جاری رہتا ہے۔ کتفی حلقہ کے عضلات اکثر ماؤف ہوجاتے ہیں، بالخصوص عضلہ دالیہ اور عضلہ صدریہ کبیرہ کی وہ چسپیدگیاں جو ذراعیہ ہڈی کے ساتھ ہوتی ہیں۔ اس حالت میں تبعید اور تقریب کی حرکتوں سے درد پیدا ہوجاتا ہے، اور چلتے وقت بازو پہلو کے قریب لگا رہتا ہے اور بعض اوقات اُسے کہنی کے مقام پر دوسرے ہاتھ کے سہارے سے رکھا جاتا ہے تاکہ ماؤف عضلات میں تناؤ کم ہوجائے۔ یہاں بھی اس کا امکان ہے کہ عضدی ضفیرے کی عصبی پوششوں میں التہاب کے پھیلنے سے عضدی التہاب عصب پیدا ہوجائے۔

بعض اوقات گردن کے عضلات ماؤف ہوجاتے ہیں۔ ایسی صورت میں اِس حالت کو عام طور پر اکڑی گردن (stiff neck) کہتے ہیں۔ ایسا خاص کر سردی لگنے کے اثر سے، مثلاً ہوا کے جھونکے میں بیٹھنے سے ہوجایا کرتا ہے۔

نسبتہً زیادہ شاذ طور پر بین ضلعی عضلات ماؤف ہوجاتے ہیں، چنانچہ سانس لینے اور کھانسنے سے درد ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں اس حالت کو وجع الجانب (pleurodynia) کہتے ہیں، جو ذات الجنب کی حالت سے مشابہ ہے، لیکن اِس میں فرک نہیں ہوتا اور بنیئ انتقال کم یا غیر موجود ہوتا ہے۔

گاہے جلد الراس کے عضلات ماؤف ہوجاتے ہیں۔ اس حالت میں چین بجبیں ہونے اور مضغ کرنے کے افعال میں درد محسوس ہوتا ہے۔

تعظمی عضلی التہاب (myositis ossificans) وہ مرض ہے جس میں عضلات عظمی بافت میں تبدیل ہوجاتے ہیں۔ یہ ہمیشہ ابتدائی طفلی میں شروع ہوتا ہے، پہلے پشت کے عضلات پر حملہ آور ہوتا ہے، اور اِس کا ممر ترقی پذیر ہوتا ہے۔ تضرر کی وجہ سے بھی عظمی جماؤ پیدا ہوجاتے ہیں، جو نہایت عام طور پر باسطِ ساق میں اور عضدیہ مقدم میں ہوتے ہیں (ضربی تعظمی عضلی التہاب = traumatic myositis ossificans)۔

اس سے ایک ممیز شعاع نگاشت حاصل ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ حالت عظمی مفصلی التہاب سے تعلق رکھتی ہو۔

تشخیص۔ اِس کا انحصار اِس پر ہے کہ عمیق جس کرنے پر معیّن عضلی الیمیت موجود ہو اور ہمیشہ ماؤف گروہ کے عضلات کو تاننے پر درد پیدا ہو۔ عصبی التہاب کی حالت کی طرح یہاں بھی عصبی جڑوں کے یا احشاء کے اس بنیادی مرض کے امارات کی جستجو میں رہنا نہایت اہم ہے، کہ جس سے درد محیطی پھیلاؤ میں تحول ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ عضلی الیمیت اور استواری پیدا کردے، بالخصوص حشائی مرض کی حالت میں۔ آلامِ صاعقہ جو ہزالِ نخاع (tabes) کے ابتدائی درجوں میں ہوا کرتے ہیں، اکثر غلطی سے عضلی رثیۃ سے منسوب کر لئے جاتے ہیں۔ ایک عضلی التہاب مختلف امراضِ ساریہ میں واقع ہوتا ہے (ساری عضلی التہاب=infective myositis)، اور عضلہ میں ایک منتشر ورم اور ورریزش پیدا کر دیتا ہے، یا ممکن ہے کہ پھوڑے بن جائیں، جیسا کہ تقیح الدم 556
(pyæmia) (انتقالی عضلی التہاب =metastatic myositis)، عفونۃ الدم (septicæmia)، سراجہ (glanders)، تپِ محرقہ، اور خبیث درون قلبی التہاب (malignant endocarditis) میں دیکھا جاتا ہے۔ موئینی (trichiniasis) جس کا تذکرہ پہلے ہو چکا ہے، دراصل ایک طفیلی عضلی التہاب ہے۔ بالآخر، کثیر العضلی التہاب کی ایک شاذ شکل ہے، جو کہ حادرثیت کی ایک قسم ہے۔

اِنذار۔ مرض کا مدعموماً مختصر ہوتا ہے، بشرطیکہ اُس کا معقول طور پر علاج کیا جائے اور وہ عصبی التہاب سے پیچیدہ نہ ہو گیا ہو۔ لیکن جب معقول آرام و سکون حاصل نہ ہو سکے تو ممکن ہے کہ درد کئی ہفتوں تک جاری رہے۔ کامل شفا یابی عام کلیہ ہے، لیکن توالی عام ہے، بالخصوص اُن اصابتوں میں جن کی ابتدا ضربہ کی وجہ سے ہوئی ہو۔

علاج۔ اگر عفنِ ماسکے اِس تکلیف کا سبب خیال کئے جائیں تو اِن کو خارج کر دینا چاہیئے۔ قبض بالکل نہ ہونے دینا چاہیئے، جس کے لئے بیدار ہونے پر مالح پانی کا ایک پائینٹ پیا جا سکتا ہے، جیسا کہ ریناڈ کے مرض (Raynaud's disease) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ عضلی ورزش با قاعدہ ہونی چاہیئے مگر حد سے زائد نہ ہو۔ اس امر کی احتیاط کرنی چاہیئے کہ سردی اور رطوبت میں زیادہ تکشف نہ ہو۔ تخفیف درد کیلئے

اَسپرین اور فیناسیٹین (aspirin and phenacetin) دینا چاہیئے، اور ایک آمیزہ جس میں ۱۰ گرین سوڈائیلی سیلاکس (sod. sal.) یا ۵ گرین پوٹاس آیوڈائڈ (pot. iod.) شامل ہو۔ بعض اصابتوں میں، بالخصوص جب کہ لبیقی التہاب کے ساتھ نقرس (gout) کی شہادت موجود ہو، ایٹوفین (atophan) مفید ہوگی۔ پیورین سے مبّرا اور پست پروٹین والی غذا سے فائدہ ہو سکتا ہے۔ ایک خفیف اصابت میں جس میں درد اور الیمیت محدود المقام اور اوپری ہوں بعض اوقات اعظم الیمیت کے مقام پر زور سے گہری مالش کرنے سے جلد تخفیف حاصل ہوگی۔ غالباً یہ نتیجہ انضمات کے ٹوٹنے سے حاصل ہوتا ہے۔ اگر دو یا تین بار کرنے کے بعد یہ طریقہ کامیاب نہ ثابت ہو تو اُسے ترک کر دینا چاہیئے۔ ایک برقی لمپ سے اشعاع کے ذریعہ حرارت کا مقامی استعمال، اور برقی حرارت رسانی (diathermy) مفید ہیں۔ مزید برآں ایک اور علاج، جس سے عمدہ نتائج حاصل ہونے کا دعویٰ کیا جاتا ہے، عضلہ میں یا درد کے مقام پر کونین اور یوریا ہائڈروکلورائڈ (quinine and urea hydrochloride) کے ایک محلول کا اشراب ہے، جیسا کہ مقامی عدم حسیت کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ ایک شدید حملہ کی ابتدا میں عرقیت پیدا کرنا مفید ہے، اور یہ حمام ترکی (Turkish bath) یا حمامِ ابخری (vapour bath) کی شکل میں تجویز کی جا سکتی ہے۔ جب مرض ایک بار نمویاب ہو گیا ہو تو ملتہب بافتوں کو آرام دینا ضروری ہے۔

رثیت آسا مفصلی التہاب اور عظمی مفصلی التہاب

(rheumatoid arthritis and osteoarthritis)

بحث اسباب۔ رثیت آسا التہاب مفصل کو مزمن رثیتی التہاب مفصل کی تکاثری یا ذبولی قسم بھی کہتے ہیں، اور عظمی مفصلی التہاب کو مزمن رثیتی التہاب مفصل کی انحطاطی یا بیش پرورشی قسم بھی کہتے ہیں؛ ان دونوں حالتوں کی مرضی تشریح الگ الگ ہے لیکن ایک اولی رثیت آسا التہاب مفصل پر عظمی مفصلی التہابی تغیرات کا اضافہ ہونا ایک بالکل عام امر ہے۔

رثیت آسا التہاب مفصل ہر عمر میں اور زندگی کی تمام حالتوں میں واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن وہ مردوں کے نسبت عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے اور اُس میں

ایک قوی موروثی سبب بھی عامل ہوتا ہے۔ سردی اور رطوبت سے یقیناً اُس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے یا تازہ حملے ہونے لگتے ہیں۔ وہ گرم آب و ہوا میں نسبتہً کم عام ہے۔ ضربہ سے جو مسلسل دباؤ کی صورت میں ہو، یا متمر بار یا کھنچاؤ پڑنے سے بھی اُس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ عظمی مفصلی التہاب دراصل اواخر عمر کا مرض ہے، اور اُس کا صنفی حدوث زیادہ مساوی ہوتا ہے، اگرچہ وہ بھی عورتوں میں زیادہ عام ہے۔ اسباب مُعقّدہ رثیت آسا التہاب مفصل کے اسباب سے مماثل ہیں، اور ایک مفصلی اصابتوں میں ضربہ بالخصوص اہم سبب ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ رثیت آسا التہاب مفصل۔ ابتدائی ترین تغیرات، زکاثری نوعیت کے ہوتے ہیں، اور مفصلی حاشیہ کے پاس زلالی غشا میں شروع ہوتے ہیں، یا شبکی بافت کی زیر مفصلی تہ میں، یا بیک وقت ان دونوں جگہوں میں۔ مفصلی غضروف کی سطح پر ابتدائی انحطاط کے بعد عروقی توصیلی بافت (سبل =pannus) کا ایک بڑھتا ہوا مدّ حملہ کرتا ہے جو کہ زلالی غشاء کے کنارے سے ماخوذ ہوتی ہے۔ ساتھ ہی ساتھ مفصلی غضروف کی عمیق سطح پر زیر افتادہ ہڈی سے عروقی توصیلی بافت کی یورشس ہوتی ہے۔ دو مقابل سطحوں پر سبل کی تہیں ممکن ہے منضم ہو جائیں (لیفی جبات)، بلکہ متعظم ہو جائیں (عظمی جبات)۔ لاشعاعوں کے لئے گردوسی خطہ کی بڑھی ہوئی نفوذپذیری ایک ابتدائی خصوصیت ہے، اور غالباً کیلسیم لمحات کے انجذاب کے باعث ہے۔
بعدازاں لاشعاعوں کے لئے یہ نفوذپذیری عظمی ہمکوں کے حقیقتہً جذب ہو جانے
اوران کی بجائے شحم پیدا ہو جانے کی وجہ سے بڑھ جاتی ہے، "ذبولی" کا نام اِس قسم 557
کے لئے اسی لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ زلالی غشا میں کے تغیرات، زکاثری بھی ہوتے
ہیں اور زلالی خملات بڑے ہو جاتے اور تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں۔ نسیجیاتی لحاظ
سے مزمن یا تحت الحاد التہاب، صغیر خلوی دررریزشس کے گول ماسکات کی صورت میں
موجود ہوتا ہے۔ مفاصل میں مفصلی انصباب واقع ہو سکتا ہے، یا کیسہ دررریختہ ہو سکتا ہے،
اور تکلہ نما منظر پیدا کر دیتا ہے۔ مماثل تغیرات گرد مفصلی درحلکوں یا وتری غلافات
میں واقع ہو سکتے ہیں۔ آخری درجوں میں، مفصلی حاشیات کا تشفہ (lipping) اور مفصلی
سطحات کا تعجّ واقع ہو سکتا ہے، یعنی ثانوی عظمی مفصلی التہاب (15)-

عظمی مفصلی التہاب۔ سب سے پہلا تغیر، مفصلی غضروف کے مرکزی رقبہ کا انحطاط ہے۔ اس کے بعد جو تغیرات ہوتے ہیں وہ سب اس اولی انحطاط کا نتیجہ ہوتے ہیں، اگرچہ وہ خود انحطاطی سے زیادہ التہابی ہوتے ہیں۔ مثلاً مفصلی رقبہ کو زیادہ وسیع کرنے کے لئے مفصل کا جانبی حصہ تکاثر کرتا ہے اور نتوأت عظمی پیدا ہوجاتے ہیں۔ ایک نئی مفصلی سطح بنانے کی کوشش کرنے، اور اس طرح غضروف کے مرکزی حصوں کے نقصان کی تلافی کرنے کی غرض سے ہڈی کی غضروفی تہ منصلب، سخت اور متنجج ہوجاتی ہے۔ غشاء زلالی میں جو تغیرات ہوتے ہیں وہ ابتداءً ناقابل التفات ہوتے ہیں۔ خملی بیش پرورش ہوتی ہے اور مفصلی حاشیوں کے پاس زلالی جھالروں کی بڑھی ہوئی عروقیت پائی جاتی ہے۔ تاہم بعد میں زلالی غشاء اور کیسہ دبیز ہوجاتے ہیں اور پھر ان میں لیفی اور صلابت الشریانی تغیرات دیکھے جاسکتے ہیں۔ زلالی غشا اور کیسہ میں کے نسیجیاتی تغیرات التہابی بیش تکوین کی نوعیت رکھتے ہیں اور صغیر خلوی دررسیش بالعموم غیر موجود ہوتی ہے۔ یہ تغیرات معمر اشخاص کے مفاصل میں امتحان بعد الممات پر بسا اوقات دیکھے جاتے ہیں، نیز وہ ضربہ اور طویل المدت دروں مفصلی خراش کا بھی نتیجہ ہوتے ہیں۔ مفصلی کہفوں میں "آزاد اجسام" کے معنی یہ ہیں کہ زلالی جھالریں یا عظمی نتوآت یا غضروفی گرہیں، یعنی نام نہاد بر مفصلی یا گرد مفصلی غضروفی نتوآت، جو کہ علی الترتیب مفصلی غضروف کے وسط میں یا اس کے کنارے پر واقع ہوتے ہیں، ٹوٹ کر الگ ہوجاتے ہیں۔ لاشعاعی شہادت کی بنا پر یہ دعویٰ کیا گیا ہے کہ ممیز اولی ضرر خود ہڈی میں ایک دویرہ اور اس کے گرد ایک کثیف طور پر متکلس رقبہ موجود ہوتا ہے، اور طویل المدت اصابتوں میں متعدد دویرے دیکھے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۴۳ الف)۔

امراضیات ۔ یہ امر کہ کس قسم کا التہاب مفصل پیدا ہوگا دو عاملوں پر منحصر ہے۔ آرام ہڈی کا ذبول واقع کردیتا ہے، اور رسد دموی کا منقطع ہونا بیش پرورش پیدا کردیتا ہے، جو کہ عظمی مفصلی التہاب کے ساتھ مطابقت کرتا ہے، کیونکہ وہ شریانی انحطاط اور بڑھاپے کا مرض ہے۔ اس سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ التہاب مفصل ریوی عظمی داء المفصل (osteoarthropathy) میں واقع ہوتا ہے کہ جس میں محیطی دوران خون سست ہوسکتا ہے۔ تاہم کم از کم دثیت آسا التہاب مفصل میں بسا اوقات



الف



ب

(الف) - ایک ۴۱ سال کے مرد کے طبعی ہاتھ کی شعاع نگاشت۔

(ب) - ترقی یافتہ رثیت آسا التہاب مفصل میں مبتلا عورت کے ہاتھ کی شعاع نگاشت۔ بعد رسغی ہڈیوں کے سر نمایاں ذبول ظاہر کرتے ہیں کیونکہ گول سرے غائب ہو گئے ہیں، اور عظمی نتوآت موجود ہیں۔ کعبرہ اور رسغ جاسی ہیں۔ انگوٹھا اندر کی طرف مڑا ہوا ہے، چنانچہ ابہامی فراز انگشت شہادت کی بعد رسغی ہڈی کے پیچھے دکھائی دیتا ہے۔



ج (۱۹۲۴)



د (۱۹۲۹)

[ر]ثیت آسا التہاب مفصل کی ایک طویل المدت اصابت - وہی ہاتھ، ج ۱۹۲۴ء میں اور د ۱۹۲۹ء میں، عظمی ذبول اور بعد رسغی سلامی مفاصل کا خلع ظاہر کرتا ہے جو کہ ان تاریخوں کے درمیان واقع ہو گئے ہیں۔ (یہ شعاع نگاشتیں لیوس ہیم ہسپتال میں لی گئیں۔ میڈیکل سپرنٹنڈنٹ ڈاکٹر ایچ ناکولڈ[ز]

بالمقابل صفحہ 558

جسم میں کسی دوسری جگہ کے کسی اولی ماسکہ سے سرایت واقع ہوتی ہے، اور جوڑ سے خون اور
مفاصل سے ۶۰ اور ۷۰ فی صدی کے درمیان نبقات سبحیہ جو زیادہ تر خون پاش تھے،
تفرید کئے گئے ہیں، اور دموی مصل ثبت الزاقی اور رسو بینی تعاملات دیتا تھا۔
اقتداری مثالوں میں منفی نتائج حاصل ہوئے (16,17)- یہ تحقیقات تصدیق طلب
ہے ۔ بہت سی اصابتوں میں اولی مراکز، دانتوں میں ہوتے ہیں (ملاحظہ صفحہ 321)
جو راسی پھوڑوں یا جو فیزی سیلان ریم (pyorrhœa alveolaris) پر مشتمل ہوتے
ہیں۔ نسبتہً کم عام طور پر لوزتین میں خرابی ہوتی ہے۔ دوسرے اسباب ممکنہ یہ ہیں :—
غدودہ، انفی جوفوں یا درمیانی گوش میں تقیح، رحم، مردانہ مجرئی بول اور تناسلی خطہ،
کھلے زخم، اور قولون، (آخر الذکر اس وقت جب کہ اس کے فعل میں بے ترتیبی ہو)۔
بہت سی اصابتیں غالباً نبقی سبحی مبدا کی ہوتی ہیں، لیکن ممکن ہے کہ نبقہ عنبیلہ
اور نبقہ سوزاکیہ بھی متعلق ہوں، اور شاید دوسرے بھی جیسے کہ عُصیّلہ قولونی۔
ایک تدرنی قسم کا ہونا بھی ممکن ہے، جیسے پانسیٹ (Poncet) نے بیان کیا ہے۔
بہر حال رثیت آسا التہاب مفصل حاد رثیت سے نہایت قریبی مماثلت رکھتا ہے، کیونکہ
ان دونوں میں ایک جیسی ممیز نوعیت کی نسیجیاتی ساخت والی جلدی گرہیں ہوتی ہیں۔
بایں ہمہ مرکزی عفونت ہی اس کی تشریح کے لئے کافی نہیں ہے، کیونکہ وہ بہت
سے ایسے اشخاص میں موجود ہوتی ہے جنھیں مزمن رثیت کی تکلیف مطلق ہوتی ہی نہیں،
اور اس کا استیصال اکثر حقیقتہً شفا بخش نہیں ہوتا۔ "زمین" کا مسئلہ بھی غور طلب ہے،
یعنی کسی فرد کی وہ حالت جو اس میں اس مرض کی استعداد پیدا کرتی ہے ۔ فی الحقیقت
جب یہ مرض ہوجاتا ہے تو یہ بعض حیکمیائی (biochemical) تغیرات کے ساتھ وابستہ
ہوتا ہے ۔ نکہہ گدی کے عروق شعریہ کے خرد بینی امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ محیطی دوران 558
خون ناقص ہے، چنانچہ بافتوں میں خون سے آکسیجن کم نکالی جاتی ہے (3)۔ برداشت
شکر کا منحنی اُس منحنی سے مشابہت رکھنے کا رجحان رکھتا ہے جو کہ ذیابیطس میں پایا جاتا ہے
(9)- مزمن رثیتی التہاب مفصل میں دورانِ حمل میں عموماً اصلاح ہوجاتی ہے، جس کی
وجہ غالباً یہ ہوتی ہے کہ خود تنفسی تحول زیادہ ہوجاتا ہے ۔
جیسا کہ حاد رثیت میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ رثیت آسا التہاب مفصل میں

التہاب زلالی کا حملہ ایک حساسیتی مظہر ہو جس کا سبب کوئی غریب پروٹین ہوں، عین "مصلی مرض" (serum disease) کے اس التہاب مفصل کی طرح، جو مانع سمیت مصل (antitoxic serum) کے اشراب کے بعد پیدا ہو جاتا ہے۔ اصابتوں کا ایک گروہ، جن کو متوقف استسقاء مفصلی (intermittent hydrarthrosis) کہتے ہیں، درحقیقت اس نوعیت کا ہوتا ہے، کیونکہ وہ نہ صرف نوبت کے ساتھ مکرر ہوتا ہے، بلکہ اکثر دوسری مشہور حساسیتی علامتوں کے ساتھ پایا جاتا ہے یا اُن سے متبادل ہوتا ہے۔ وہ التہاب زلالی جو نزیفیت (hæmophilia) میں واقع ہو جاتا ہے، ممکن ہے کہ شاید جزءً اسی سبب سے ہو، لیکن اس کا سبب مفصل کے اندر خون کا حقیقی انصباب بھی ہوتا ہے۔ آخر میں، رثییت آسا التہاب مفصل کی شدید عضلی لاغری یا ذبول کے ساتھ حسی فساد اور ذبولِ جلد پایا جاتا ہے، نیز یہ عضلی ذبول تعجب انگیز حد تک تشاکل ہوتا ہے۔ یہ امور ایسے ہیں جن سے اس مرض کے عصبی مبداء کی تائید ہوتی ہے، جو بلاشبہ مکان حرکی ہرجلہ (locomotor ataxy) کے متعدد مفصلی التہاب اور نخاعی جوفیت (syringomyelia) (مرضِ شارکو؛ Charcot's disease، ملاحظہ ہو اِس سے آگے) میں نہایت نمایاں ہوتا ہے۔

علامات۔ رثییت آسا التہاب مفصل۔ اصابتوں کی اکثریت میں بالخصوص عورتوں میں، یہ مرض حاد، کثیر المفاصل، اور بڑی حد تک زلالی ہوتا ہے۔ یہ متشاکل طور پر دونوں ہاتھوں کے قربی بین سلامیاتی مفاصل کے تکلہ نما ورم کے ساتھ شروع ہوتا ہے، جس کے ساتھ الیمیت بھی ہوتی ہے۔ اور بالآخر بعد رسغی سلامی مفاصل، کلائیاں، کہنیاں، شانے، اور جوارح زیریں کے مفاصل، نیز شوکہ اور جبڑے کے مفاصل، اور قصی ترقوی مفاصل ماؤف ہو جاتے ہیں۔ چند ہفتوں تک خفیف سا حموی تعامل ہوتا ہے اور ساتھ ہی نبض سریع ہوتی ہے۔ جب یہ رفع ہو جاتا ہے تو پھر بھی مفاصل محدود الحرکت ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ تپ اور ورمِ مفاصل کے نکس واقع ہوتے رہیں۔ اِس کے ساتھ ہی مریض عدیم الدم ہو جاتا ہے، اُسے پسینہ بکثرت آتا ہے، اور وہ لونیت ظاہر کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ تحت الجلدی گرہیں ہوں اور لمفائی غدد اور طحال کی کلانی ہو جائے۔ طبیعت پست ہوتی ہے اور بھوک جاتی رہتی ہے۔ ہر نکس کے ساتھ

حرکات زیادہ محدود ہوتے جاتے ہیں، اور بالآخر ممکن ہے کہ جسبارت پیدا ہوجائے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۴ الف)۔ چند اصابتوں میں التہاب قلب واقع ہوتا ہے، اسی طرح جس طرح کہ رثیتی تپ میں۔ اکثر اصابتوں میں مرض شروع سے لے کر آخر تک مزمن ممر اختیار کرتا ہے۔

مفصلی تغیرات اور اُن کے ساتھ واقع ہونے والے عضلی ذبول کے باعث نہایت ممیز تشوہات پیدا ہوجاتے ہیں۔ چنانچہ انگلیاں بجائے بعد رسغی ہڈیوں کے خط میں رہنے کے زندی جانب کو منحرف ہوجاتی ہیں، اور انگشت شہادت کے قاعدے پر کا جوڑ اکثر بہت متورم ہوتا ہے۔ بعد رسغی سلامی مفاصل عموماً خمیدہ، پہلے سُلامی مفاصل بیش بسط شدہ اور دوسرے سلامی مفاصل خمیدہ ہوتے ہیں۔ ممکن ہے خلع ہو، بالخصوص بین سُلامیاتی مفاصل پر، اور اس سے انگلیاں بالکل چھوٹی اور ڈھیلی ہوجاتی ہیں، جو جاسُی نہیں ہوتیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۲ د)۔ کعبری اور زندی ہڈیوں کے نیچے والے سرے کلائی کی پُشت پر اُبھر آتے ہیں۔ عام طور پر جو عضلات مذبول دیکھے جاتے ہیں وہ ہاتھ کے بین العظام عضلات، عظم الفخذ کے زیریں سرے کے عضلات، اور شانے کے جوڑ پر کا عضلہ دالیہ ہے۔ ماؤف حصوں پر کی جلد چکنی اور ذبولی ہوجاتی ہے۔ مفاصل سے تعلق رکھنے والے اعصاب بھی مزمن عصبی التہاب سے ماؤف ہوجاتے ہیں اور جوارح میں درد پیدا کردیتے ہیں۔

بچوں میں دوسری تسنین سے پہلے ایک مماثل سریری تصویر پیدا ہوجاتی ہے۔ گھٹنوں اور کلائیوں میں جو التہاب مفصل دیکھنے میں آتا ہے اُس کے ساتھ اکثر لمفائی غدد اور طحال کی کلانی، عدم دمویت، پسینہ، تغیر پذیر تپ، اور جسمانی نمو کا ایقاف موجود ہوتے ہیں (مرض سٹل = Still's disease)۔ نسبتہً زیادہ عمر والے افراد میں بھی یہ مرض قدرے سریع تر آغاز کے ساتھ ہو کر متعدد مفاصل کو ماؤف کرسکتا ہے، یا ممکن ہے کہ ابتدا ہی سے مرض زیادہ مزمن ہو۔ اکڑ اکثر صبح کے وقت زیادہ نمایاں ہوتی ہے، جس کی وجہ سے حرکات ابتداءً دردناک ہوتے ہیں۔ لیکن اگر انھیں جاری رکھا جائے تو درد بتدریج کم ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات انصباب بہ آسانی شناخت میں آسکتا ہے، اور مفصل نشئی اور لچکدار ہوتا ہے۔ خفیف اصابتوں میں، جو نہایت عام ہیں، مرض صرف ایک یا دو مفاصل کو منتخب کرلیتا ہے۔

559 **عظمی مفصلی التہاب** ۔ اِس کا حملہ غیر محسوس طور پر شروع ہو کر ایک یا زائد بڑے جوڑوں میں درد، اکڑ اور حرکت کرنے پر چر چرانے کی آواز یا تکتکہ کی علامات پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ مرض عموماً یک مفصلی اور غیر تشاکل ہوتا ہے، اگرچہ ایسا مرض جس نے اب تک کوئی علامتیں نہیں پیدا کی ہیں، سریریاتی اور شعاعیاتی طور پر امتحان کرنے سے نسبتہً عام طور پر دوسرے مفاصل میں بھی پایا جاتا ہے۔ جوں جوں وقت گذرتا ہے حرکت زیادہ زیادہ محدود ہوتی جاتی ہے۔ مریض کی عام صحت اور تغذیہ میں کمی نہیں پیدا ہوتی۔ تپ نہیں ہوتی، الاّ شاذ طور پر اس وقت جب کہ اشتداد مرض کا زمانہ ہو۔

عظمی مفصلی التہاب کی بعض بہت واضح طور پر متعین اقسام ہیں۔ کوسطے کا مرض (صحفہ ۴۳) (شیخوخی مرضِ نوض =malum coxæ senilis) مردوں میں نسبتہً زیادہ عام ہوتا ہے۔ درد اور اکڑ کے بعد حرکت نہایت محدود ہو جاتی ہے، جارحہ کی بروں گردیدگی کے ساتھ بظاہر قصر ہو جاتا ہے، اور سُرین چپٹے ہو جاتے ہیں۔ عورتوں میں گھٹنے کا جوڑ نہایت عام طور پر ماؤف ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ جزاً اس ضربہ سے منسوب کیا جا سکے جو اکثر سِن یاس کے ساتھ جسم کے وزن کی زیادتی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ہے بَرڈین کی گرھیں (Heberden's nodes)، یعنے وہ چھوٹی گرہیں یا گومڑیاں جو منتہائی سلامیات کے اطراف پر بَن سکتی ہیں، عظمی بروں بالیدگیاں ہیں اور عظمی مفصلی التہاب کے ابتدائی درجے کا ممیز خاصہ ہیں۔

تشوھی فقراتی التہاب (spondylitis deformans)، جساءت آفریں (ankylopoietica) قسم کا عورتوں سے مردوں میں دس گنا زیادہ ہوتا ہے، جو زیادہ تر بیس اور چالیس سال کے درمیان کی عمر کے ہوتے ہیں، اور وہ دراصل فقرات کی ایک عظمی جبارت ہے۔ ممکن ہے تسنم (kyphosis) موجود ہو (Bechterew)، جسکے ساتھ سر کو سیدھا رکھنے کے لئے عنقی فقرات کی بیش بسط شدگی ہو، اور دباؤ کی وجہ سے فقرات کا مقدمی کنارہ تشقق ہو، یا ممکن ہے شوکہ سیدھا ہو [ماری (Marie) اور سٹرمپل (Strumpell) کی جذرالجوارحی جسائت الفقاریہ (spondylose rhizomelique)]۔ ممکن ہے ہڈیاں عظمی مسامیت اور اس کے ساتھ لینت اور بھربھراپن ظاہر کریں۔ یہ حالت رثیت آسا التہاب المفصل کے ساتھ تعلق رکھتی ہے، اگرچہ عنفی حدوث



الف ۔ دائیں نونی مفصل کا عنلی مفصلی التہاب ۔



ب ۔ (مقابلے کے لئے)۔ بائیں نونی مفصل کا تدرن ۔ (یہ شعاع نگاشتیں ڈاکٹر جے۔ اے۔ ٹامسن (J. A. Thomson) رائل باتھ ہسپتال ہیروگیٹ نے لی ہیں ۔)

بالمقابل صفحہ 559

اس قدر مختلف ہے ۔ پشت اکڑ جاتی ہے اور شوکہ کو دبانے اور قرع کرنے پر الیمیت پائی جاتی ہے، جو کہ التہاب کے باعث ہوتی ہے، اور بعض اوقات پسلیاں غیر متحرک ہوتی ہیں چنانچہ تنفس بالکل ڈایا فرامی ہوتا ہے ۔ مرض کی رفتار بہت ہی اختلاف پذیر ہوتی ہے ۔ بعض اصابتوں میں آغاز حاد اور رفتار سریع ہوتی ہے، چنانچہ پورے کا پورا شوکہ چند ہی ماہ میں استوار ہو جاتا ہے ۔ دوسری اصابتوں میں رفتار بہت سست تر ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ شوکہ کا کچھ حصہ متاثر ہو جانے کے بعد مرض بالکل رک جائے ۔ بعض اوقات آغاز اس قدر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے کہ مریض مشورہ کا طالب نہیں ہوتا یہاں تک کہ وسیع نقصان ہو جاتا ہے ۔ ابتدائی ترین علامات، درد کمر اور عرق النسا کے ہوتے ہیں، اور ممکن ہے زیادہ شدت کے نہ ہوں ۔ عام طور پر یہ سرگذشت ملتی ہے کہ ان علامات کے بعد فترہ ہو کر چند ماہ کے بعد وہ دوبارہ عود کر آئی تھیں، اور مرض کی نوعیت شناخت ہونے سے قبل ایسا دو تین مرتبہ واقع ہوتا ہے ۔ جوارح کے چھوٹے مفاصل اکثر متاثر نہیں ہوتے ۔ عظمی مفصلی التہاب الفقرات (spondylitis osteoarthritica)، جو کہ بعض اوقات تشوہی التہاب الفقرات (spondylosis deformans) کہلاتا ہے، شوکہ کا عظمی مفصلی التہاب ہے ۔ یہ تقریباً تمامتر ۵۰ اور ۶۰ کے درمیان عمر کے مردوں میں ہوتا ہے، اور سخت محنت اور خاص طور پر کوئلہ کی کانیں کھودنے کا نتیجہ ہوتا ہے ۔ ممکن ہے ضربہ ایک عامل ہو ۔ درد نمایاں نہیں ہوتا، تاوقتیکہ عظمی نتوأت باہر نکلنے والے عصبی تنوں پر دباؤ نہ ڈالیں ۔ شرح تخفل طبعی ہوتی ہے، بمقابلہ جسائت آفریں قسم کے کہ جس میں وہ بڑھی ہوئی ہوتی ہے ۔

تشخیص ۔ مزمن نقرس میں مفصلی تغیرات رثیت آسا مفصلی التہاب کے تغیرات سے قریبی مشابہت رکھ سکتے ہیں ۔ حقیقت یہ ہے کہ بعض اصابتوں میں جو کہ رثیت آسا التہاب مفصل معلوم ہوتی ہیں، دموی یورک ایسڈ کافی بلند ہوتا ہے اور "رثیتی نقرس" کی قدیم اصطلاح اُن پر صادق آسکتی ہے ۔ حاد اصابتوں میں حاد یا تحت الحاد کثیر مفصلی التہاب (polyarthritis) کی دوسری شکلوں کو فراموش نہیں کرنا چاہیے، جیسے کہ پیدائشی آتشکی التہاب مفصل (congenital syphlitic arthritis) اور سوزاکی التہاب مفصل (gonococcal arthritis) ۔ متفامیت اکثر مختلف

ہوتی ہے، اور سرگذشت سے مدد ملے گی۔ شاذ اصابتوں میں حاورثیت کے مکرر و متواتر حملے جوڑوں میں مستقل تغیرات پیدا کر دیتے ہیں۔ التہاب مفصل جسنے صرف ایک ہی جوڑ کو ماؤف کیا ہو تدرن کے ساتھ خلط ملط کیا جا سکتا ہے، لیکن عظمی مفصلی التہاب اور تدرن کی شعاع نگاشتیں بالکل مختلف ہوتی ہیں (جیسا کہ صفحہ 559 پر صحفہ ۳۴ میں نظر آتا ہے)۔
معمر اشخاص میں کولھے کے مرض کو عرق النسا (sciatica) اور ورد کمر (lumbago) سے تمیز کرنا چاہئے۔ یہ مرض کے ابتدائی درجے میں آسان نہیں ہوتا۔ امور ذیل پر اعتماد کرنا چاہئے:- (۱) مفصل پر دبانے سے مقامی درد اور الیمیت، اور حرکت کرنے پر درد۔ (۲) نسائی اور مقدم ساقی اور ساد اعصاب کے ممر میں ہم زماں طور پر درد و بعید، کیونکہ یہ
تمام اعصاب اس مفصل کو شاخیں پہنچاتے ہیں۔ (۳) حرکت کی تحدید۔ (۴) لاشعاعی 560
منظر۔ مرض شارکو (Charcot's disease) بہ آسانی تمیز ہو جاتا ہے، اور اس کے علاوہ ھزال نخاع (tabes) یا نخاعی جوفیت (syringomyelia) کے عصبی آمارات موجود ہوتے ہیں۔

انذار۔ جب مفاصل میں مستقل تغیرات واقع ہو چکے ہوں تو شفایابی ناممکن ہے، لیکن نہایت ابتدائی درجوں میں شفا ہونا ممکن ہے۔ بایں ہمہ مرض کے آخری درجوں میں بھی احتیاط کے ساتھ علاج کیا جائے تو نہایت بڑی اصلاح ہو جاتی ہے۔ حاد شکل میں یہ امر حیرت انگیز ہے کہ مفصل بیرونی شکل میں نہایت ہی متغیر ہو جانے کے باوجود کامل شفا ہو جاتی ہے۔ لیکن اس میں ایک طویل عرصہ درکار ہوتا ہے۔

تحرز۔ اس کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ عفونتی مرکز نہ بننے پائیں۔ بالخصوص دانتوں پر باقاعدگی کے ساتھ توجہ ضروری ہے۔

علاج۔ پہلا قدم یہ دیکھنا ہے کہ کوئی ممکنہ اوّلی مرکز تو موجود نہیں۔ یہ امر کہ دانت اور مسوڑھے سرچشمہ سرایت نہیں ہیں سطحی امتحان سے فیصلہ کرنا ناممکن ہے۔ مطلوبہ معلومات حاصل کرنے کے لئے دندانی شعاع نگاشتیں (dental radiograms) لینی چاہئیں (ملاحظہ صفحہ 321)۔ اس وقت بھی جب کہ دانت بالکل تندرست نظر آتا ہو درد نہ پیدا کرتا ہو اور قرع کرنے پر الیم نہ ہو، یہ ممکن ہے اس کی جڑ میں تقیح موجود رہو۔ ماؤف دانت کو نکال ڈالنا چاہئے، اور اس کے راسی خراج سے کاشتیں کرکے خودزاد

جُدرین (autogenous vaccine) تیار کر لینی چاہیئے ۔ راسی خراج بعض اوقات عقیم ہوتے ہیں ۔ شدید جو فیزی سیلان ریم (pyorrhœa alveolaris) کی حالت میں دانتوں کو نکال دینا چاہیئے، لیکن خفیف تر اصابتوں میں نسبتہً کم تام علاج سے اکثر اصلاح ہو جاتی ہے ۔ جب پیپ آزادانہ طور پر خارج ہوتی ہو تو خطرہ اتنا بڑا نہیں ہوتا جتنا کہ اس وقت ہوتا ہے جب کہ وہ تسدد کے پیچھے رُکی ہوئی ہوتی ہے ۔ لوزتین، غدودہ اور سرایت کے دوسرے ممکن منبعوں پر جن کا پہلے تذکرہ ہو چکا ہے، توجہ کرنی چاہئے اور جُدرینات استعمال کئے جا سکتے ہیں ۔ اگر کوئی مرکز نہ ملے تو اکثر غذائی قنال پر شبہ ہوتا ہے، بالخصوص قولون پر اور براز میں ملے ہوئے عضویوں اور بالعموم نبقات سبحیہ سے جُدرینات تیار کر کے ان کا استعمال اکثر کیا گیا ہے ۔ جُدرین کی شناخت اس امر سے ہوتی ہے کہ وہ مفاصل میں مرکزی تعامل (focal reaction) پیدا کرنے کی کس قدر قوت رکھتی ہے، اور اس کو ایک سال یا اور زیادہ مدت تک جاری رکھنا چاہیئے یہاں تک کہ اس کا اشراب مفاصل میں کوئی درد نہ پیدا کرے (Beddard)-

قولونی تغسیل (colonic lavage) اور معوی دافعاتِ عفونت، جیسے کہ سیلال (salol)، بِسمتھ سَیلی سلیٹ (bismuth salicylate) اور بیٹا نیفتھال (β-naphthol)، استعمال میں لائے گئے ہیں، بالخصوص جب کہ اسہال بھی موجود ہو۔

ایک دوسرا اصولِ علاج نام نہاد علاج بذریعہ صدمۂ پروٹینی (protein shock therapy) ہے جس میں کسی غریب پروٹین کے دروں وریدی اشرابات استعمال کئے جاتے ہیں، مثلاً قولونی یا محرقی جدرین (coli or typhoid vaccine) کے ۵ کروڑ تا ۱ کروڑ (50 millions to 100 millions) یا وِیٹے کے پپٹون (Witte's peptone) کے ۱۰ فی صدی آبی محلول کے ۱ اسی سی ۔ اِس سے مفاصل متورم اور دردناک ہو جاتے ہیں، اور بالآخر حالت بہتر ہو جاتی ہے ۔ اگر اوّلی مرکز نہ معلوم ہو سکے تو یہ طریقہ استعمال کیا جا سکتا ہے ۔ گندھک کے مرکبات کے دروں عضلی اشرابات بھی دئے جاتے ہیں ۔

حال میں بعض اصابتوں میں ذہبی تجہیزات (ایلوکرازین allochrysin: سالگنال solganol:) ۰۱ سے لے کر ۵۔۰ گرام کی مقداروں میں تھوڑے تھوڑے دنوں کے بعد متعدد نفصالیات کی صورت میں، استعمال کرانے کی آزمائش کی گئی ہے اور اس میں کامیابی ہوئی

ہے۔ تسمم سے احمرار شری، بلکہ تسلخی التہاب الجلد واقع ہو سکتا ہے، نیز التہاب کلیہ، التہاب الفم، اور اسہال اور قے۔

اس نوعی علاج کے علاوہ جو مرض کو دور کرنے کے لئے ہوتا ہے، بعض عمومی تدابیر اور مقامی تدابیر ایسی بھی ہیں جو مخففات یا وقتی مسکنات کی قسم سے ہیں اور جن پر غور کرنا چاہیئے۔ جب تغذیہ ادنیٰ درجہ کا ہو تو غذا میں کمی یا روک ناجائز ہے۔ اس کے برعکس جب تغذیہ اچھا ہو تو بعض اوقات ادنیٰ حرارہ والی غذا دینا فائدہ مند ہوتا ہے (3)- اور خاص کر جب دموی یورک ایسڈ بلند ہو تو لیست پیورینی غذا بھی مفید ہوتی ہے۔ علاج بالکبد سے بھی کامیاب نتائج حاصل ہوئے ہیں (8)- الکحلی مشروبات کے اعتدال کے ساتھ استعمال کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ مریض کو فلالین کے لباس سے اچھی طرح ملبوس ہونا چاہیئے، گرم خشک ہوائی کرہ تلاش کرنا چاہیئے، اور تغیرات تپش سے بچنا چاہیئے۔ ان ضروریات کو پورا کرنے والے مختلف صحت بخش مقامات اور معدنی چشموں والے مقامات نفع بخش پائے گئے ہیں، مثلاً بکسٹن (Buxton)، باتھ (Bath)، ہیروگیٹ (Harrogate) اور اسٹراتھ پیفر (Strathpeffer) انگلستان میں، اور ایکس لیس بنس (Aix-les-Bains)، ایکس لاشپیل (Aix-la-Chapelle)، بیڈن بیڈن (Badan-Baden) اور وِس بیڈن (Weisbaden) بیرون انگلستان۔ داخلی استعمال کے لئے سنکھیا پوری معتادوں میں، ایسپرین، سوڈیم سیلی سیلیٹ، گوائکال (guaiacol)، آیوڈائیڈ آف آئرن، اور حیاتین الف اور د نہایت نفع بخش ہیں، اور انہیں مناسب وقفوں کے ساتھ ہفتوں یا مہینوں تک جاری رکھنا چاہیئے۔ بعض اصابتوں میں خلاصہ درقیہ سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ مرض کے فاعلی درجہ میں خود مفاصل کو جبائر میں آرام کی حالت میں رکھنا چاہیئے۔ صبغیہ آیوڈین لگا سکتے ہیں۔

درد رفع ہوجانے کے بعد دَلک اور حرکات مجہول، مفاصل کی حرکت پذیری اور 561
عضلی تغذیہ بحال کرنے میں ممد ہوں گے۔ دلک عمل میں لانے سے پہلے مفصل کو حرارت پہنچانا ایک اچھا طریقہ ہے، کیونکہ عرقی اتساع سے مفصل کی حرکت پذیری زیادہ ہوتی ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ عنقی یا قطنی مشارکی کے عقدات کا جراحی طور پر استیصال کرنے سے،

جیسا کہ ریناڈ (Raynaud) کے علاج میں کیا جاتا ہے (6)، شفا ہوتا بیان کیا گیا ہے۔ ہسٹامائین (histamine) کے اثرات بھی مفید ہو سکتے ہیں (7)۔ حمّامی غسل (peat-baths)، خلابی غسل (mud baths)، برقی روشنی کے غسل (electric light baths)، گرم ہوائی غسل (hot air baths)، گرم پانی کے غسل (hot water baths) اور گردابی غسل (wirlpool bath) تا استعمال کر سکتے ہیں۔ برقی حرارت رسانی (diathermy)، مسلسل گیلوانی رَو، کثرتِ تواتر (high frequency)، اور سیلی سلک روانات کے ساتھ رواں رسانی کی شکل میں برق کا استعمال کر سکتے ہیں۔ بعض اوقات آزادانہ حرکت پذیر مفصل کا حاصل کرنا غیر ممکن پایا جاتا ہے، ایسی صورت میں مفید ترین وضع میں مفصل کی کیفی جبارت حاصل کرنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔

نقرس

(gout)

یہ نام ایک قسم کے مفصلی التہاب کو دیا گیا ہے، جو خون میں یورک ایسڈ کی زیادتی اور جوڑوں اور دوسری بافتوں میں قلمی سوڈیم بائی یوریٹ (sodium biurate) کے جماؤ کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ مریضوں کی اکثریت میں پاؤں اور بالخصوص پاؤں کے انگوٹھے کے جوڑوں پر پہلے حملہ ہوتا ہے، اسی واسطے اس کا قدیم یونانی نام "نقرس پا" (podagra) درج ہے۔ لیکن ہاتھ کے جوڑ (نقرس الید = chiragra) اور دوسرے جوڑ بھی بالآخر، اور نسبتہً بہت کم عام طور پر پہلے ماؤف ہوتے ہیں۔

بحثِ اسباب۔ نقرس کا شدید توارث مشہور ہے، چنانچہ نقرسی خاندان کی اولاد اوائل عمر ہی میں اس مرض کے حملوں کا رجحان رکھتی ہے جو متقابلتہً بلا کسی سببِ محرک کے شروع ہو جاتے ہیں۔ یہ مرض عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے، اور ادھیڑ عمر اور بڑھاپے میں ہوا کرتا ہے، اگرچہ بعض اوقات، بیان کی ہوئی موروثی اصابتوں میں، نہایت جلد یعنی بیس سال کی عمر ہی میں ظاہر ہو جاتا ہے، اور یہ ایسے لڑکوں میں بھی دیکھا گیا ہے جو صرف آٹھ، نو یا بارہ سال کی عمر کے تھے۔ یہ

اُمرا کا مرض سمجھا جاتا ہے، جس سے غربا محفوظ رہتے ہیں۔ لیکن یہ صحیح نہیں، کیونکہ یہ اکثر نہایت تمثیلی شکل میں ہسپتالی مریضوں اور دوسرے مفلوک الحال اشخاص میں دیکھا گیا ہے۔
دولت کا اثر غذا سے متعلق ہوتا ہے، جو ایک نہایت اہم تسبیبی عامل ہے، اور غذا کی کثیر مقداروں کا ادخال، بالخصوص اُن اقسام کا جو پیورین اجسام کی زیادتی رکھتی ہوں، اور ان کے ساتھ الکحلی شرابیں بھی پینا، براہ راست خون اور بافتوں کی وہ حالت پیدا کرنے میں حصہ لیتا ہے جو نقرس کی اصلی بنیاد ہے۔ الکحلی مشروبات میں مالٹ کی شرابیں اور نسبتہً قوی تر انگوری شرابیں، مثلاً پورٹ اور شیری، کشید کردہ اسپرٹز کے نسبت زیادہ مضر معلوم ہوتی ہیں۔ کثرتِ غذا کے اثرات میں قعودی زندگی سے زیادتی ہو جاتی ہے، اور بالعموم کوئی پیشہ اُسی نسبت سے مضر ہوتا ہے جس نسبت سے کہ وہ کثرتِ غذا پر مائل کرتا یا قعودی زندگی اختیار کرنے پر مجبور کرتا ہے۔ عفونت، بالخصوص عفونتِ دندال سے نقرس کی استعداد پیدا ہوتی ہے، نیز اُن پیشوں یا کاموں سے جو کام کرنے والوں کو رصاصی تسمم (lead intoxication) کا ہدف بناتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 587)۔ ایسے افراد میں جو اس کی استعداد رکھتے ہیں، یا جن میں اس کے مظاہر پہلے ظاہر ہو چکے ہوں، غذائی بے احتیاطیوں کی زیادتی سے، یا اُس سخت ترین باقاعدگی کے ترک کر دینے سے جواب تک ضروری ثابت ہوئی تھی، اور تشویش اور دماغی افکار سے، اس کا حملہ ہو جانا ممکن ہے۔ نقرس کا حملہ ایک متضرر مفصل پر زیادہ آسانی کے ساتھ ہو جاتا ہے، اور خیال کیا جاتا ہے کہ پاؤں کے انگوٹھے کے بعد مشطی سلامی (metatarso-phalangeal) مفصل پر جوتے کا دباؤ پڑنا اُس مفصل پر اس کے حملے کا امکان پیدا کر دیتا ہے۔

مرضی تشریح۔ مزمن نقرس میں مفصلی تغیرات بالعموم عظمی مفصلی التہابی قسم کے ہوتے ہیں، گو کہ یہ لازمی نہیں ہے کہ ہمیشہ ایسا ہو۔ لہٰذا مرضیاتی تغیرات پیشتر بیان کردہ تغیرات سے مماثل ہوتے ہیں، اور اس کے علاوہ اہم بات یہ ہے کہ مفصل کے ترکیبی عناصر میں سوڈیم بائی یوریٹ کے جماؤ واقع ہوتے ہیں۔ مفصلی غضروف، غشائے زلالی اور کیسہ میں اور گرد مفصلی ساختوں میں یوریٹی (uretic) جماؤوں کے علاوہ سوڈیم بائی یوریٹ کی قلموں کے اجتماعات بسا اوقات زیر مفصلی شکی بافت میں

دوری فضاؤں یا اُسنبہ کیے ہوئے "رقبہ جات کے اندر جاگزیں پائے جاتے ہیں۔ یہ بسیم اجتماعات ہڈیوں کی سطح پر بھی ہو جاتے ہیں، جہاں وہ عظمی نتوات سے یا تیز مہمیزوں سے جو ہڈیوں سے نکلتے ہیں، جزءً گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ درجکبوں، وتری غلافوں، غضروف الأذن، یا اُن حصوں کی جلد میں بھی جو مفاصل کے عین اوپر نہ ہوں، اصلی
562 تغیر بائی یوریٹ کی قلموں کا اجتماع ہی ہوتا ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں دوسرے مقامات پر بھی حقیقی نقرسی جماؤ پایا گیا ہے، مثلاً نخاعی سحایا پر اور دماغ کے سحایا پر۔ نقرس میں اکثر صلابت الشرائین (arteriosclerosis) اور اولی منقبض گردہ (contracted kidney) موجود ہوتا ہے۔

کیمیائی امراضیات - بول کا یورک ایسڈ دو منبعوں سے ماخوذ ہوتا ہے:-
(۱) غذا کے پیورین اجسام سے (بیروں نزاد)۔ یہ مادے (زینتھین، ہائپوزینتھین، وغیرہ) چائے، قہوہ، کوکو، تمام خلیات کے نواتوں میں مشمول ہوتے ہیں، لہٰذا یہ گوشت، خصیوں یا جانوروں کے لبلبہ یا دوسرے خلوی اعضا میں موجود ہوتے ہیں۔ اس منبع سے اخذ شدہ پیورینز سب کے سب یورک ایسڈ کی حیثیت سے نہیں خارج ہوتے۔ ان کی بڑی مقدار جسم کے اندر تلف ہو جاتی ہے۔ تاہم ایسی قوی اغذیہ کی بڑی مقدار کے استعمال سے بول کے اندر یوریٹس کی مقدار کی بہت زیادتی ہو جانا ممکن ہے۔ (۲) جسم کی بافتوں کے خلیات کی شکست و ریخت سے (دروں نزاد)۔ اگر کوئی شخص معرّا از پیورین غذا استعمال کرے، یعنے روٹی، سبزی، دودھ کے حاصلات اور انڈوں پر بسر کرے، تو اُس کے بول کے اندر کا یورک ایسڈ خالص طور پر دروں نزاد ہوتا ہے۔ اور چونکہ یہ اس قسم کی غذا کے استعمال پر ایک غیر متعین عرصہ تک مقدار میں مستمر رہتا ہے لہٰذا اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ جسم پیورینز کی ترکیب پر قادر ہے۔ ممکن ہے کہ ہسٹیڈین (histidin) اور آرجینین (arginin) ایک منبع ہوں (Hopkins and Ackroyd)۔ یہ بھی پایا گیا ہے کہ دروں نزاد یورک ایسڈ ایک تقریباً معرّا از پروٹین غذا پر کم ہو کر تقریباً نصف رہ جاتا ہے (1)، اور اسی طرح معرّا از کاربوہائیڈریٹ غذا کے استعمال سے بھی (2)۔ لیکن آخر الذکر حالت میں دموی یورک ایسڈ بلند ہو جاتا ہے، جو ممکن ہے نقرس کے حملہ کا محرک ہو۔

نقرس میں خون کے اندر یورک ایسڈ کی زیادتی ہوتی ہے۔ یہ سب سے پہلے اے۔ بی۔ گیرڈ (A. B. Garrod) نے اپنے "خیطی امتحان" ("thread test") کے ذریعہ بتلایا۔ اس کی ترکیب یہ ہے کہ ایک چھالے سے دو ڈرام مصل لے کر اسے ایک اتھلے گھڑی کے شیشہ میں رکھ دیں، اس میں ایسیٹک ایسڈ کے ۱ یا ۱۴ قطرے ملا دیں، اور مصل کے اندر تین یا چار دھاگے رکھ کر اسے معمولی تپش میں تیس یا چالیس گھنٹے علیحدہ رکھ دیں۔ اس عرصہ کے اختتام پر اگر ان دھاگوں کا خردبین کے نیچے امتحان کیا جائے تو ان پر یورک ایسڈ کی قلمیں بنی ہوئی پائی جائیں گی۔ ایک طبعی شخص کے خون میں یورک ایسڈ ۳ ملی گرام فی صدی تک موجود ہوگا۔ نقرس کے حملے سے پہلے قدر ۴ تا ۶ ملی گرام فی صدی ہوگی۔ لیکن اس اعلیٰ عدد کے باوجود بول میں خارج شدہ یورک ایسڈ کی مقدار درجۂ طبعی کے نسبت کم ہوتی ہے۔ مزید برآں، اگر ایک نقرسی شخص کو غذا میں پیوریز دیئے جائیں تو بول کے اندر ان کا اخراج ہونے میں بڑی تاخیر ہو جاتی ہے۔ اس سے مترشح ہوتا ہے کہ گردے کی اخراجی قوت کا فشل ہی خون کے اندر یورک ایسڈ کی زیادتی کا سبب ہے۔ نقرس کے حملے کے ساتھ بول کے اندر یورک ایسڈ کا اخراج یکایک زیادہ ہونے لگتا ہے، اور یہ اخراج حملہ کے دوسرے یا تیسرے دن اپنے اعظم درجہ پر پہنچ جاتا ہے۔ ساتھ ہی مفاصل اور دیگر مقامات پر یوریٹی جماؤ واقع ہوتے ہیں۔ خون کے اندر یورک ایسڈ کم ہو جاتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ سنکوفین (cinchophen) (quinolin tetracarboxylic acid diphenyl-) نقرس کے حملوں کو روک دیتا ہے جس کا طریقہ یہ ہے کہ وہ بول کے اندر یورک ایسڈ کے اخراج کو زیادہ کرتا ہے، اور اس کے ساتھ ہی خون اور بافتوں میں یورک ایسڈ کی مقدار کم ہو جاتی ہے (Folin)- اگر نقرسی شخص کو پیورین غذائیں دی جائیں تو اس سے یورک ایسڈ کے اخراج میں بھی آسانی پیدا ہوتی ہے۔

یاد رکھنا چاہیئے کہ خون کا یورک ایسڈ بیض دمویت (leukæmia) اور شدید التہاب گردہ جیسے امراض میں زیادہ ہو سکتا ہے، جن میں نقرسی حملے غیر موجود ہوتے ہیں۔ چنانچہ نقرس صرف اسی سبب کے باعث نہیں ہو سکتا۔ اس کے علاوہ کوئی مزید سبب عامل ہونا چاہیئے۔

نقرس کے حاد مفصلی التہابات سوڈیم بائی یوریٹ کے قلمی جماؤ کی خراش سے

منسوب کئے جاتے ہیں، جو بافتوں میں پایا جاتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ حشائی حملے بھی اسی بائی یوریٹ کی قلموں کے کم از کم عارضی جماؤ کے باعث ہوتے ہیں۔

علامات۔ نقرسی حملہ۔ مریضوں کی اکثریت میں نقرس پہلے ایک حاد التہاب کے حملہ کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے، جو ایک پاؤں کے انگوٹھے کے بعد مشطی سلامی مفصل میں ہوتا ہے۔ مختلف اصابتوں میں مختلف تنبیہی علامات دیکھنے میں آتے ہیں۔ بعض میں صحت یا شگفتگی کا ایک غیر معمولی احساس ہو سکتا ہے۔ لیکن زیادہ اکثر مندرجۂ ذیل علامات ہوا کرتے ہیں:— دماغی یا ذہنی انخفاض نیند میں خلل۔ عجیب و غریب احساسات، کھجلی، یا جوارح میں اینٹھن۔ طنین الاذن۔ کثرتِ ریق، درد معدہ، قئے، یا ریحیت۔ بول کی مقدار اور رنگ میں تغیر، جب کہ بول زیادہ تر قلیل المقدار ہوتا ہے اور اس میں یوریٹس جم جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ علامات ایک یا دو دن تک تکلیف دہ رہے ہوں اور پھر مریض پاؤں کے انگوٹھے کے درد سے، عموماً دو بجے رات کے قریب جاگ اٹھتا ہے۔ درد زیادہ تکلیف دہ ہوتا جاتا ہے، اور مریض کو 563
چین ملنا غیر ممکن ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ہی قدرے سردی محسوس ہو، بلکہ قشعریرہ ہو کر کچھ بخار ہو جائے۔ چند گھنٹے سخت تکلیف دہ درد کے بعد اس میں بالآخر تخفیف ہو کر مریض سو جاتا ہے۔ پھر جب وہ جاگ اٹھتا ہے تو ماؤف مفصل کو سرخ اور متورم پاتا ہے۔ یہ مفصل نہایت الیم ہوتا ہے۔ اس کی جلد تنیدہ اور چمکدار ہوتی ہے، اور اگر اسے چھوا جا سکے تو دبانے سے اس میں قدرے تنقیر ہو جاتی ہے۔ اس پاس کی وریدیں قدرے پھولی ہوئی ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ دن میں مریض کو سخت درد نہ ہو، مگر شام کے قریب تمام ابتدائی علامات مکرر نمودار ہو جاتے ہیں، یعنی شدید درد اور کسیقدر حمومی تعامل، جن میں صبح کے قریب قدرے تخفیف ہو کر اس کے بعد کی رات میں پھر زیادتی ہو جاتی ہے۔ مفصل کا ورم جاری رہتا ہے، اور پاؤں سے اوپر کچھ فاصلہ تک جلدی بافتوں میں پھیل جاتا ہے۔ رنگ مانند قاتم سرخ ہو جاتا ہے۔ بالآخر التہاب کم ہوتا ہے، اور یہ پانچ سے دس یا پندرہ دن میں ہوتا ہے، اور جلد کا تقشر ہو کر بڑے اور موٹے چھلکے اتر آتے ہیں، اور بتدریج اس کا رنگ معمولی ہو جاتا ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں ایک یا دو پا انگلیوں کے ناخن گر سکتے ہیں۔ لیکن اس کے برعکس، خفیف حملوں میں تقشر

نہیں واقع ہوتا۔

مریض کی عام حالت خفیف حموی تعامل کی ہوتی ہے، جس کے ساتھ کم و بیش خللِ معدہ بھی ہوتا ہے۔ تپش زیادہ بڑھی ہوئی نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ تپش ۱۰۱ درجہ تک پہنچ جائے، لیکن شاذ ہی ۱۰۲ درجہ تک بلند ہوتا ہے اور پھر وہ بھی تھوڑے عرصہ کے لئے۔ زبان پر موٹی فرجمی ہوئی ہوتی ہے، مریض کو اشتہا نہیں ہوتی، لیکن پیاس کی زیادتی، متلی، اور شراسیف میں تمدد کا احساس ہوتا ہے، اور وہ قبض زدہ بھی ہوتا ہے۔ حاد حملے کے ہمراہ التہاب وریدی اور وریدوں کی علقیت ہونا عام ہے، اور اگر گردے مرضی ہیں تو یوریا دمویت بھی واقع ہو سکتی ہے، اور عموماً کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کی معتد بہ کثرت بھی ہوتی ہے۔

نقرس کا حملہ ختم ہونے پر مریض کی طبیعت اکثر اتنی اچھی ہوتی ہے کہ جیسی پہلے عرصہ دراز تک نہ تھی۔ اور بالعموم کئی ماہ، بلکہ دو تین یا زیادہ سال تک اس حالت کو یاد دلانے والی کوئی بات پیش نہیں آتی۔ دوسرا حملہ اُسی مفصل میں ہو سکتا ہے جس میں پہلے ہوا تھا اور تقریباً ہو بہو اُسی کا مثنیٰ ہوتا ہے۔ یا وہ مقابل پاؤں میں، یا ایک ٹخنے، یا کلائی یا ہاتھ میں ہو سکتا ہے۔ تیسرا حملہ اکثر اس سے کمتر وقفے کے بعد ہوتا ہے کہ جتنا پہلے اور دوسرے حملے کے درمیان پایا گیا تھا، اور جوں جوں وقت گذرتا ہے سکون کے وقفوں کا طول کم سے کمتر ہوتا جاتا ہے۔ آخر کار ایک یا کئی حملوں کے بعد بہت سے مفاصل ماؤف ہو چکتے ہیں، اور متواتر حملوں سے اُن میں ایسے تغیرات ہو جاتے ہیں، جن سے معتد بہ تشوہ پیدا ہو جاتا ہے، چنانچہ پرانا نقرسی مریض تقریباً اُسی طرح اپاہج ہو جاتا ہے جس طرح کہ رثیت آسا التہابِ مفصلی (rheumatoid arthritis) کا مریض۔

جب مرض اِس درجہ تک پہنچ جائے تو یہ فی الحقیقت مزمن نقرس (chronic gout) ہے۔ اگر ہاتھ پاؤں کی انگلیوں کے چھوٹے مفاصل اکثر سے پہلے ماؤف ہوں تو ممکن ہے کہ بالآخر اطراف کے تمام مفاصل نقرسی جماؤ کا محل وقوع بن جائیں، مگر شانہ اور کولھا اکثر کم تر ماؤف ہوتے ہیں۔ ہاتھ کے مفاصل بڑے ہو جاتے ہیں اور وہ خمیدگی یا بسط شدگی کی مختلف اوضاع میں کم و بیش حجم کر سخت ہو جاتے ہیں، اور شدید اصابتوں میں انگلیاں ہاتھ کی زندی جانب کو منحرف ہو جاتی ہیں۔ اسی طرح

ممکن ہے کہ پاؤں کج پائی (talipes) کی حالت میں جم کر سخت ہو جائے، یا گھٹنا اور کہنی خمیدہ
وضع میں جم جائے۔ مفاصل کے گرد کا ورم اکثر سفید جماؤں کی موجودگی کی وجہ سے اور بھی
بڑھ جاتا ہے، جنکو سنگینے (tophi) کہتے ہیں، جو ابتداءً پتلی چمکدار جلد کے نیچے قریب ہی
واقع ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی وہاں کی وریدیں متسع ہوتی ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ بالآخر
جلد پھٹ کر یہ ملائی یا کھریا مٹی جیسا جماؤ ایک وقت میں تھوڑا تھوڑا خارج ہو جائے،
یا زیادہ شاذ اصابتوں میں اس جماؤ کے گرد تقیح واقع ہو کر اس کا اخراج زیادہ جلد واقع
ہو جائے۔ یہ سنگینے ماؤف مفاصل تک ہی محدود نہیں۔ یہ متصلہ انگلیوں کی جلد کے
نیچے، دُرجلوں میں (مثلاً زجّ کے اوپر)، اوتار میں، اور اکثر بار کان کے گوش پیچہ کی
کُرتی میں دیکھے جاتے ہیں۔ اگر ان میں سے کسی ایک جماؤ سے نکلے ہوئے ملائی جیسے
رس کا امتحان خُردبین کے نیچے کیا جائے تو وہ کثیر التعداد دقیق سوزن نما قلموں سے
بنا ہوا پایا جائے گا، جو بیشتر سوڈیم بائی یوریٹ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں، جس کے ساتھ
کیلسیم یوریٹ یا فاسفیٹ، اور سوڈیم کلورائڈ کا تھوڑا تناسب ہوگا۔

بعض اوقات نقرس تحت الحاد بلکہ مزمن مفصلی التہاب کی شکل میں دو یا زیادہ
مفاصل میں واقع ہوتا ہے، جس میں پاؤں کے انگوٹھے یا ہاتھ میں کوئی سابقہ حاد حملہ نہیں
ہوتا۔ اس میں اکثر حاد رثیت کے کثیر مفصلی التہاب سے عام مشابہت پائی جاتی ہے۔ 564
علاوہ ازیں تمثیلی رثیت آسا مفصلی التہاب (rheumatoid arthritis) کی بعض
اصابتوں میں دموی یورک ایسڈ بلند درجہ پر پایا جاتا ہے، جو غالباً نقرسی مبداء کا
ہوتا ہے۔

"بیقاعدہ نقرس" ("irregular gout") کے عنوان کے تحت بعض ایسے
اختلالات داخل ہیں جو نقرسی اشخاص میں ممکن الوقوع ہیں مگر جن کا درحقیقت اس مرض
سے کوئی تعلق نہیں۔ یہ حسب ذیل ہیں:۔ معدی اور معوی نازلت، شعبی التہاب،
التہاب ملتحمہ، التہاب قزحیہ، مجریٰ بول کا نقرسی التہاب (جو ایبسٹین : Ebstein
کی رائے کے مطابق جریان مذی : prostatorrhœa ہے)، التہاب العصب، کہبتِ
جگر (cirrhosis of the liver)، اور مزمن اکزما (chronic eczema)۔

تشخیص۔ تمثیلی نقرسی حملہ جو رات کے وقت پاؤں کے انگوٹھے میں ہوتا ہے،

شاذ ہی کسی دوسری چیز کے ساتھ خلط ملط کیا جا سکتا ہے ۔ حاد رثیت (acute rheumatism) سے اُس کی تفریق ایک مفصل کے سیاہ سرخ، چمکدار تنیدہ ورم سے اور عام پسینہ نہ آنے اور خفیف بنیتی اختلال سے ہوتی ہے ۔ بعد کی علالتیں جن میں بہت سے مفاصل ماؤف ہو جاتے ہیں زیادہ قریبی مشابہت ظاہر کرتی ہیں ۔ نقرس میں عموماً منفرد مفاصل کے متعدد سابقہ حملوں کی سرگذشت ہوتی ہے، اور تپ یا پسینہ اس سے کمتر ہوتا ہے کہ جتنا رثیت میں ۔ لیکن خود مفاصل کی حالت پر اُس قدر اعتماد نہیں کیا جا سکتا جس قدر کہ ابتدائی حملوں میں کیا جا سکتا تھا ۔ نقرس میں ہاتھ کی پُشت کا ورم اور سرخی ایسی ہو سکتی ہے جو پھوڑے سے مشابہ ہو، لیکن تموج شاذ ہی حاصل ہو سکتا ہے، اور سرگذشت ایسی ہوتی ہے جو بیشتر غلطیوں سے محفوظ رکھتی ہے ۔ متعدد نقرس سے تقیح الدم (pyæmia) کا گمان پیدا ہو سکتا ہے، لیکن آخر الذکر میں قشعریرے زیادہ شدید اور عام اختلال زیادہ نمایاں ہوگا ۔ تمام اصابتوں میں سنگینوں کے لئے کانوں کا امتحان کرنا چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو سنگینہ کے کچھ حصہ کا خردبینی امتحان کر کے دیکھنا چاہئے کہ سوڈیئم بائی یوریٹ کی قلمیں موجود ہیں یا نہیں، یا میُوریکسائڈ والا کاشفہ (murexide test) کرنا چاہئے ۔ مشکوک اصابتوں میں طریقۂ فولین (Folin's method) سے خون کے یورک ایسڈ کی تخمین کی جا سکتی ہے ۔ اِسکی ادنیٰ قدر نقرس کو خارج از بحث کر دیتی ہے، لیکن اگر قدر بلند ہو تو اِس سے یہ لازم نہیں آتا کہ نقرس ضرور موجود ہے ۔

مزمن طور پر ماؤف مفاصل کا شعاع نگاری امتحان مفید ہو سکتا ہے ۔ چونکہ سوڈیئم یوریٹ لاشعاعوں کے لئے شفاف ہوتا ہے، ممکن ہے کہ مفاصل کے قرب وجوار میں صاف رقبے دیکھے جائیں ۔ اُن کی کوریں ایسی واضح طور پر نمایاں ہوتی ہیں گویا کہ وہ سنبہ کئے ہوئے ہوں، اور یہ رقبے اکثر گول ہوتے ہیں اور اُن کی جسامت چھ پینس کے سکہ کے برابر تک ہوتی ہے ۔ ممکن ہے کہ مفصلی سطح میں چھوٹے قدری سوراخ نظر آئیں ۔ ہڈی کی ساخت متغیر نظر آ سکتی ہے، اور ممکن ہے کہ خطوط بیقاعدہ ہوں، اور ہڈی کی شکل مشوہ ہو ۔ یہ اُس خراش سے منسوب کیا جاتا ہے جو یورک ایسڈ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے ۔ ہڈی کی پوری سے انگشت نما نتوآت یا ابھار نکلے ہوئے نظر آ سکتے ہیں

صحفہ ۴۴



یہ شعاع نگاشتین نقرس کی تصویر پیش کرتی ہیں۔ دائیں ہاتھ کی دوسری تیسری اور پانچویں انگلیوں کے قربی سلامیات کی پوریوں میں واضح الحدود صاف رقبے، خطوط میں تغیرات اور کہیں کہیں تشوہات ملاحظہ کرنے چاہئیں۔ نیز دائیں ہاتھ کی چوتھی اور پانچویں انگلیوں کی دوسری اور تیسری سلامیات کے درمیان، اور پانچویں بائیں انگشت کی پہلی اور دوسری سلامیات کے درمیان مفصلی سطحوں پر قدری سوراخ ملاحظہ کرنے چاہئیں۔ پوریوں پر متعدد انگشت نما عظمی نموات نظر آتے ہیں۔ (ڈاکٹر جارج گراہم کی ایک اصابت سے)

بالمقابل صفحہ 564

(ملاحظہ ہو صفحہ ۴۴)۔

اِنذار۔ نقرس ایک بار ظاہر ہونے کے بعد مکرر ہونے کا امکان رکھتا ہے، تاوقتیکہ وہ غذائی اور دوسرے حالات نہ بدلے جائیں کہ جن سے وہ پیدا ہوا ہے۔ اگر وہ اواخر عمر میں لاحق ہوا ہو اور معقول علاج ہو تو ممکن ہے کہ وہ زندگی کو زیادہ کوتاہ نہ کرے۔ اُس کے ساتھ واقع ہونے والی شریانی صلابت اور اوّلی منقبض گردہ (primary contracted kidney) خطرناک ہو سکتے ہیں۔

تحریز۔ غذا ہمیشہ معتدل مقدار میں لینی چاہئے۔ بہت سے مریض حد سے زیادہ فربہ ہوتے ہیں، چنانچہ اُن کے لئے وزن کا کم ہونا مفید ہوگا۔ پروٹین اور کاربوہائڈریٹ دونوں قسم کی اغذیہ کی کمی عموماً فائدہ مند خیال کی جاتی ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم یہ ہے کہ ایسی غذا منتخب کی جائے جس میں پیورین اجسام کی اقل مقدار ہو، کیونکہ ان کو مشمول رکھنے والی غذا سے نقرس کا حملہ جلد ہو جاتا ہے۔ نہایت قلیل پیورین شامل رکھنے والی غذائیں حسب ذیل ہیں:۔ دودھ، انڈے، مکھن، پنیر، میدے کی روٹی، چانول، ساگودانہ، پھل، کرم کلہ، کاہو، گوبھی اور آلو۔ بہت مقدار میں پیورین شامل رکھنے والی غذائیں جن سے پرہیز کرنا لازم ہے، حسب ذیل ہیں:۔ کوکو (cocoa)، چاکولیٹ (chocolate) جَو، جئی کا آٹا، لحمی غذائیں، جن میں سؤر کا بے چربی کا گوشت نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا، سؤر کی نمکین دھوئیں میں پکائی ہوئی ران، اور بہت سے اعضا شامل ہیں۔ ان میں بعض غذاؤں میں آگزلیٹز (oxalates) بھی موجود ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 508)، لہٰذا انسے پرہیز ضروری ہے۔ یہ آلوؤں کے متعلق بھی سچ ہے۔ جب پیورینوں کو اقل مقدار تک گھٹانا منظور نہ ہو، تو مندرجہ ذیل اشیا، جن میں پیورینوں کی معتدل مقدار موجود ہے لی جا سکتی ہیں۔ سؤر کا چربی دار گوشت نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا، بھیڑ یا بکری کے گوشت کے قیمے کے تلے ہوئے کباب، سؤر کا بُھنا ہوا گوشت، زبان، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی اوجھڑی، بھیجا، شاہ بلوط کا پھل، اسپر گیس (asparagus)، مچھلی کا اچار، مٹر، جئی کا آٹا، پھلیاں، برسلز سپراوٹز (Brussels sprouts)، مسور، مولیاں، پالک، کھٹی گھاس (sorrel)، رس بھریاں (raspberries)، ریوند۔ شخصی خصائص کا لحاظ بھی ضروری ہوگا تاکہ سوء ہضم نہ ہونے پائے، اور اس شرط کے ساتھ چربی بھی اعتدال کے ساتھ لے سکتے ہیں۔ نقرس کا رجحان

رکھنے والوں کے لئے بہتر یہی ہے کہ ہر قسم کی الکحل سے پرہیز کریں۔ ہلکی سپید انگوری شراب سب سے کم مضر ہوتی ہے، یا عمدہ برانڈی یا وِسکی کی تھوڑی مقدار جیسے خوب مرقوق کر لیا گیا ہو۔ ذیابیطس کی طرح اس مرض میں بھی کسی چیز کو میٹھا کرنے کے لئے سیکرین (saccharin) کا استعمال سودمند ہے۔ ہضم اور تمثیل کی ترقی کے لئے ورزش کا فائدہ
کافی طور پر مشہور و معروف ہے۔ قلوی یا مالح میاہ کارآمد ہیں، اور اس سے بھی زیادہ کارآمد 565
ایسے معدنی چشموں والے مقامات کی رہائش ہے جہاں، پانی کے اثر کے ساتھ منظم غذا، تازہ ہوا، اور فرحت بخش ماحول بھی حاصل ہو سکتا ہے۔

سنکوفین (cinchophen) [جس کے تجارتی نام اٹوفان (atophan)، اگوٹان (agotan)، فینوکوئن (phenoquin) اور کوئنوفان (quinophan) ہیں]، نقرس کے حملوں کے حفظ ماتقدم کے لئے نہایت مفید دوا ہے۔ یہ ہر ہفتے میں تین دن تک کھانے کے بعد روزانہ تین مرتبہ ۱۵ گرین کی مقداروں میں دی جاتی ہے۔ اگر معدی خراش ہو، تو سوڈیم بائی کاربونیٹ، ۱۵ گرین، ہمزمان طور پر دے سکتے ہیں۔ غذا میں کثرت سے کاربوہائیڈریٹ موجود ہونے چاہئیں۔ سنکوفین کا تسمم اب خوب معلوم ہے اور اس کے علامات ارسینو بنزال کے تسمم (جو ملاحظہ ہو) کے علامات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ جگر کے حاد تنخر سے ہونے والے سمی یرقان کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے، اور نہایت ہی عام ہے، لیکن التہاب الدماغ کے علاوہ، تمام "ابتدائی سمی اثرات" کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے، اور ممکن ہے عارضی البیومن بولیت پائی جائے (13، 12)۔ سیلی سیلیٹس (salicylates) اور سوڈیم بنزوئیٹ (sodium benzoate) بھی پیشاب میں یورک ایسڈ کے اخراج کو بڑھانے میں اسی طرح عمل کرتے ہیں۔ امعاء کے عمل کو بھی آزادانہ ترقی دینی چاہیئے۔

علاج۔ حاد نقرس میں ماؤف پاؤں کو اوپر اٹھا ہوا رکھنا چاہیئے، اور اگر مریض صاحب فراش نہیں ہے تو اس پاؤں کو ایک کرسی یا کوچ پر سہارا دینا چاہیئے۔ اُسے نرم روئی میں لپیٹ دینا چاہیئے، اور شدید اصابتوں میں کوئی دافع درد لاصقہ، جیسے کہ لفاح کا مروخ (belladonna liniment)، صبغیہ بچھناگ (tincture of aconite)، صبغیہ افیون، یا ایٹروپین اور مارفیا کا غسول ایک لنالہ پر چھڑک کر پہلے سے پاؤں پر لگایا

جاتا ہے، اور پھر ایک روغن زدہ ریشمی کپڑا یا تپلا گٹا پرچا (gutta-percha) سب کے اوپر رکھ سکتے ہیں۔ جونکوں، گرم پولٹسوں، اور برفانی لاسقات سے احتراز کرنا چاہیئے۔ کم عمر مریضوں میں غذا کو دودھ اور نشاستہ دار اغذیہ تک محدود کر دینا چاہیئے، لیکن زیادہ معمر اشخاص اور اُن اشخاص کو جو سابقہ حملوں کی وجہ سے نڈھال ہو چکے ہوں، غذا زیادہ فیاضانہ دی جا سکتی ہے، مگر پھر بھی اُسے زیادہ تر سیال اور زود ہضم ہونا چاہیے۔ اگر ممکن ہو تو الکحل سے قطعی پرہیز کرانا چاہیئے۔ دوائے سورنجبان (colchicum) بیشتر اصابتوں میں یقینی اثر رکھتی ہے۔ اُسے نبیذ یا صبغیہ کی شکل میں ۵ اتا ۲۵ قطروں کی مقداروں میں ہر چھٹے یا چوتھے گھنٹے، پوٹاسیم بائی کاربونیٹ یا سائٹریٹ، یا لیتھیم سائٹریٹ کے ساتھ ملا کر دے سکتے ہیں۔ ملتہب مفصل کی حالت میں تخفیف پیدا کرنے کے لئے لنکوفین بے کار محض ہے۔ آنتوں کو کیلومیل (calomel) سے فاعلی رکھنا چاہیئے۔ اگر درد نہایت شدید ہو تو مارفیا تحت الجلد اشراب کے ذریعہ یا داخلی طور پر دیکتے ہیں۔

بیش پرورشی ریوی عظمی داء المفصل

(HYPERTROPHIC PULMONARY OSTEOARTHROPATHY)

ہاتھ کی اُنگلیوں کی گرزشکلی اس مرض کا ابتدائی ترین درجہ ہے۔ اُنگلی کی انتہا متورم اور گول ہو جاتی ہے۔ ناخن بڑا ہو کر معمول کے بنسبت زیادہ محدّب ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ صرف نرم حصے ماؤف ہوں، لیکن سُلامی اکثر چوڑی اور موٹی ہو جاتی ہے۔ کامل نمو یافتہ بیش پرورشی ریوی عظمی داء المفصل میں اُنگلیوں میں گرزشکلی کے ساتھ جوارح کی ہڈیوں کی کلانی بھی واقع ہو جاتی ہے، بالخصوص ہاتھوں اور پاؤں کی ہڈیوں کی، اور لمبی ہڈیوں کے بُعدی سِروں کی۔ ممکن ہے پہلے مفاصل میں اکڑ ہو کر بعد میں انصباب واقع ہو جائے۔

گرزشکلی اصابتوں کے دو گروہوں میں واقع ہوتی ہے:۔ (۱) اُن لوگوں میں جو بڑی اونچائیوں پر رہتے ہیں، مثلاً اینڈیز (Andes) میں (11)، یا جو قلتِ

آکسیجن کی دوسری حالتوں میں مبتلا ہوں، جیسے کہ مزمن ریوی مرض، مثلاً لیفی شُش (fibroid lung)، سلِ ریوی، نفاخ اور تمدد الشعب (bronchiectasis) میں نیز واسطی نوبالیدوں (mediastinal new growths) میں، انورِسما سے تحت الترقوہ ورید کے انضغاط میں، جب کہ یک جانبی گرزشکلی پائی گئی ہے، میٹ ہیموگلوبین دمویت (methæmoglobinæmia) یا سلف ہیموگلوبین دمویت (sulphæmoglobin-æmia) میں، اور پیدائشی مرضِ قلب، اور شاذ صورتوں میں اکتسابی مرض قلب میں۔

(۲) اس گروہ میں مختلف الانواع اصابتیں کبہۃ الکبد (cirrhosis of the liver)، ساری التہاب درون قلبہ (infective endocarditis)، سرطان المری (carcinoma of the œsophagus)، بوابی ضیق (pyloric stenosis) وغیرہ شامل ہیں۔ اولی سبب کے دور ہونے پر گرزشکلی غائب ہوگئی ہے۔ امراضیاتی اور سایہ نگاری مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ نمو یافتہ ریوی عظمی داء المفصل میں لمبی ہڈیوں کے گردِ عظمہ اور بالخصوص عظم کعبری کے زیریں ثلث، زندی، قصبیہ، شظیہ، بعد رسغی ہڈیوں، بعد مشطی ہڈیوں، اور ہاتھ اور پاؤں کی قربی اور وسطی سُلامیات کے گردِ عظمہ کے نیچے نئی ہڈی کا ایک ہلکا سا جماؤ ہو جاتا ہے۔ یہ جماؤ ایسا ہوتا ہے کہ جس سے ہڈی کے قربی اور بُعدی سِروں کے درمیان کا انحداب پُر ہو جاتا ہے، اور جیسا کہ مثلاً بعد رسغی ہڈی کی حالت میں ہوتا ہے، درمیانی حصہ سِروں کی نسبت زیادہ موٹا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات مفاصل (کلائی اور ٹخنوں کے جوڑ اور بین السلامیات مفاصل) میں سیّال موجود ہوتا ہے، اور اُن کی زلالی جھلی موٹی پڑ جاتی ہے۔ ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کی گرزشکلی میں اولی تغیر یہ ہوتا ہے کہ ناخن اور سُلامی کے درمیان 566
کی بافت میں اُذیما واقع ہو کر اتصالی بافت کے ریشکوں کو ایک دوسرے سے جُدا کر دیتا ہے (10)- آخری درجوں میں اِس کی جگہ چربی اور لیفی بافت پیدا ہو جاتی ہے۔ ابتدائی اصابتوں میں انگلیوں کی جانبوں کو تھوڑے عرصہ تک دبانے کے بعد، ناخن کے قاعدے کو دبانے پر ایک وحلی احساس ہوتا ہے، گویا کہ ناخن ایک گاڑھے سیال پر رکھا ہوا ہے۔ اِس اُذیما کے پیدا کرنے میں غالباً دو عوامل کارفرما ہوتے ہیں یعنے آکسیجن سے شریانی خون کی عدمِ سیری اور محیطی رکود۔ اصابتوں کے دوسرے گروہ میں انگلیوں کی گرزشکلی کی توجیہ اِس طریقہ پر بمشکل کی جا سکتی ہے۔

عدم نمو غضروف

(ACHONDROPLASIA)

یہ ہڈیوں اور کرّیوں کا ایک پیدائشی مرض ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بالیدگی مستقل طور پر ٹھٹھر جاتی ہے اور دوسرے تشوّہات بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ دروں افرازی غدد میں کوئی قابل مظاہرہ تغیر نہیں پایا گیا۔ اس کی موروثی نوعیت (بعض اوقات یہ ایک نسل بیچ میں چھوڑ کر ظاہر ہوتا ہے) زیادہ ایک ورثہ میں حاصل کئے ہوئے بافتی نقص کی تائید میں ہے۔ پیدائش کے وقت جوارح، بالخصوص اپنے بالائی نصفوں میں، غیر معمولی طور پر چھوٹے پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بچہ پورے وزن کا ہو، مگر اُس کی بالیدگی سست ہوتی ہے، جوارح کا چھوٹا پن قائم رہتا ہے، اور اِس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قد چھوٹا ہوتا ہے، اگرچہ کہ عمود الفقرات کا طول طبعی ہوتا ہے۔ سُرین باہر نکلے ہوئے ہوتے ہیں جس سے فطاء کا منظر پیدا ہو کر بطخ چال پائی جاتی ہے۔ سر عموماً بڑا، کسیقدر کساحتی سر جیسا ہوتا ہے، جس کے ساتھ پیشانی نمایاں اور اُبھری ہوئی لیکن ناک کا بانسہ بیٹھا ہوا ہوتا ہے۔ جوارح اکثر عرضی فجوے ظاہر کرتے ہیں گویا کہ نرم حصے ہڈیوں کے مقابلہ میں زیادہ لمبے ہیں۔ ہاتھ ایک مخصوص و ممیز تشوہ ظاہر کرتے ہیں اور وہ یہ ہے کہ جب پنجہ کھلا ہوا ہو تو انگشتِ شہادت اور بیچ کی اُنگلی، بنصر اور چھنگلیا سے منفرج ہوتی ہیں (تِرسولی ھاتھ =trident hand)۔ یہ تشوہات لمبی ہڈیوں کی اور لا اسم لہٗ ہڈیوں کی کریوں کے تعظّم میں نقائص کے باعث اور ساتھ ہی جمجمی قاعدہ کی ہڈیوں کے قبل از وقت اتحاد عظمی کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔ جمجمہ کی وہ ہڈیاں جو جھلی میں بنتی ہیں، نیز وہ ہڈیاں جو حیاتِ جنینی کے اواخر تک غضروفی رہتی ہیں یعنی عظم الفقص، رضفہ، رُسغی، اور مشطی ہڈیاں، اور ضلعی کرّیاں، طبعی طور پر نمو یافتہ ہوتی ہیں۔ غدۂ درقیہ طبعی ہوتا ہے، اور اِس مرض میں مبتلا ہونے والے مریضوں کی سمجھ اچھی ہوتی ہے اور وہ عضلی اور صنفی لحاظ سے عمدہ نمو یافتہ ہوتے ہیں۔ عموماً یہ مرض عمر کو کم کرنیکا رجحان نہیں رکھتا۔

کریوں میں واقع ہونے والے تغیرات تین قسم کے ہوتے ہیں :۔ (۱) ناقص تکوینی، جس میں خلیات کی تقلیل ہوتی ہے۔ (۲) بیش تکوینی جس میں تکاثر بہ افراط ہو کر برنامیات کی کلانی ہوتی ہے۔ (۳) لینت، جس میں خلیوں کی ترتیب ناقص اُستوانی ہوتی ہے اور عروقیت زیادہ ہوتی ہے۔ کیلشیم کے تحول میں کوئی غیر طبعی بات نہیں پائی جاتی۔ کسی علاج سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔

نا مکمل تکون العظام

(OSTEOGENESIS IMPERFECTA)

جیسا کہ اس نام سے ظاہر ہے، اس شاذ حالت میں ہڈیوں کا تعظم نامکمل ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُن میں غیر معمولی قصف موجود ہوتا ہے، بالخصوص لمبی ہڈیوں میں۔ اور کھوپری کی ساخت غیر معمولی ہوتی ہے جو اس مرض کا تمثیلی خاصہ ہے۔ لمبی ہڈیوں کی ڈنڈیاں ٹیڑھی اور بل کھائی ہوئی ہوتی ہیں، اور اُن کے طول میں کسیقدر قصر ہوتا ہے، جو جوارح کے قریبی نصفوں میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ پسلیوں اور جوارح دونوں میں کسور بڑی آسانی کے ساتھ واقع ہو جاتے ہیں اور یہ نسبتہً بے درد ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ ہڈیاں پھر ایک وششیذ کے نیچے جُڑ جائیں، جو متدیر شکل میں نمودار ہوتا ہے۔ کھوپری میں ایک چوڑی درز جیسی قائم رہتی ہے جو ایک بڑے یا فوخ مقدم کے ساتھ مسلسل ہوتی ہے۔ یا فوخ موخر بھی بڑا باقی رہ جاتا ہے۔ ہڈیاں پتلی ہوتی ہیں اور دبانے سے دب جاتی ہیں، اور ہر حالت میں بجائے ایک منفرد ہڈی بنانے کے وہ ہڈی کے چھوٹے چھوٹے بے قاعدہ اور جُدا جُدا ٹکڑوں کی ایک پچی کاری پیش کرتی ہیں۔ ممکن ہے کہ کھوپری جانبی خطے میں اب بھی غیر متعظم رہ جائے، اور اس سے صدغی خطے میں کان سے عین اوپر ہی ایک تمیز اُبھار پیدا ہو جاتا ہے، جس سے صدفہ باہر کی طرف ہٹ جاتا ہے۔ محجرین بیضوی ہوتے ہیں اور اُن کا طویل محور انتصابی ہوتا ہے، اور دوران زندگی میں آنکھ کے ڈھیلے نیچے کی طرف پھرے ہوتے ہیں جس سے اُس حالت سے کسی قدر مشابہت پیدا ہو جاتی ہے جو مزمن استسقاء دماغی

(chronic hydrocephalus) میں دیکھی جاتی ہے۔ پیدائشی، صبیانی، اور تاخیر پذیر قسمیں بیان کی جاتی ہیں۔ بہت نمایاں ارثی رجحان پایا جاتا ہے۔ یہ حالت بسا اوقات نیلے صلبیات کے ہمراہ پائی جاتی ہے (14)۔ پیدائشی قسم میں بسا اوقات دروں رحمی کسور کی شہادت پائی جاتی ہے، کہ جن سے تشوہات پیدا ہو گئے ہیں۔ ان میں سے بہت کم اصابتیں ایسی ہوتی ہیں کہ جو چند دن سے زیادہ زندہ رہتی ہیں۔

عظمی ناہضات کا تکاثر ناقص ہوتا ہے، اور کیلشیم کا احتباس طبعی سے کم ہوتا ہے۔ **علاج** کا مقصد یہ ہونا چاہیے کہ تفررات کو روکا جائے کیلشیم گلوکونیٹ کی اور حیاتین د کی بڑی مقادیں مفید معلوم ہوتی ہیں۔

تشوہی عظمی التہاب

(OSTFITIS DEFORMANS)

(Paget's disease = مرضِ پاجیٹ)

اس مرض کی تسبیب نامعلوم ہے۔ شاید اغلب ترین خیال یہ ہے کہ یہ افراز باطنی کے کسی نقص کی وجہ سے ہوتا ہے۔ لیکن آتشک اس کا ایک سبب خیال کی گئی ہے۔ یہ دونوں صنفوں کو تقریباً مساوی طور پر ماؤف کرتا ہے اور زندگی کے آخری نصف میں دیکھا گیا ہے۔

مرضی تشریح۔ اکثر جوارح کی لمبی ہڈیوں پر مرض کے ابتدائی درجوں میں حملہ ہوتا ہے۔ وہ موٹی ہو جاتی ہیں۔ لبی کہفہ کی جسامت زیادہ ہو جاتی ہے۔ ساتھ ہی ٹھوس ہڈی بناوٹ میں زیادہ ڈھیلی اور زیادہ اسفنجی اور معمول کے نسبت بہت زیادہ موٹی ہو جاتی ہے۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ گو یہ ہڈیاں بڑی ہوتی ہیں تاہم یہ ہلکی ہوتی ہیں۔ جوارح زیریں کی ہڈیاں جسم کے وزن سے خمیدہ ہو جاتی ہیں۔ ایسی ہی دبازت اور سامیت کھوپری کی ہڈیوں میں بھی دیکھی جاتی ہے۔ شوکہ کا تسنم (kyphosis of the spine) پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ چہرہ، ہاتھ، پاؤں اور حوض کی ہڈیاں ترقوی ہڈیاں اور پسلیاں ایسے ہی تغیرات خفیف درجہ میں ظاہر کریں صلابت الشرائین

اور عضلۂ قلب کا انحطاط اکثر موجود ہوتا ہے۔

علامات۔ مرض کا حملہ غیر محسوس طور پر ہو جاتا ہے۔ مریض ماؤف حصوں میں درد اور ایلمیت کی شکایت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کی ٹانگیں بتدریج کمان کی طرح جھک جائیں اور پشت خمیدہ ہو جائے۔ کھوپڑی کی جسامت کی زیادتی کا احساس اس وجہ سے ہوتا ہے کہ اُسے نسبتہً بڑی ٹوپی پہننے کی ضرورت معلوم ہوتی ہے۔ اکثر یہ مرض ایک جارحہ میں شروع ہو کر بالآخر مقابل جانب کا متناظر جارحہ ماؤف ہو جاتا ہے۔ آخری درجوں میں مریض کی ہیئت مخصوص طور پر ممیز ہوتی ہے، یعنے پیٹھ جھکی ہوئی، ٹانگیں کمان کی طرح خمیدہ اور بڑا سا سر آگے کو نکلا ہوا ہوتا ہے۔ وہ صرف ایک لکڑی کے سہارے سے بطئ چال چل سکتا ہے۔ یہ مرض آہستہ آہستہ ترقی پذیر ہوتا ہے لیکن عمر کم نہیں کرتا، الا یہ کہ بعض اوقات ماؤف ہڈیوں میں خبیث لحمی سلعہ نمویاب ہو جاتا ہے۔ ہڈیوں میں کسر کا امکان نہیں ہوتا۔ دموی فاسفیٹس کم ہو جاتا ہے لیکن کیلشیم اور فاسفورس طبعی ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ اس مرض کو مندرجۂ ذیل امراض سے متفرق کرنا چاہیئے:—

کبر الجوارح (acromegaly)، جس میں نرم حصے بھی اُسی طرح ماؤف ہوتے ہیں جس طرح کہ ہڈیاں۔ عظمی مفصلی التہاب (osteoarthritis)، جس میں مفاصل ماؤف ہوتے ہیں مگر ہڈیوں کی ڈنڈیاں ماؤف نہیں ہوتیں۔ لینت العظام (osteomalacia)، جس میں ہڈیاں نرم ہوتی ہیں اور اُن کے کسر کا امکان ہوتا ہے۔ اور آتشک (syphilis) جس میں کھوپڑی کی عام کلانی موجود نہیں ہوتی۔ سرگذشتِ مرض اور تعاملِ واَزرمن سے بھی مدد ملے گی۔ لاشعاعی مناظر نہایت ممیز ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۴۵)۔

علاج۔ یہ علامات کے لحاظ سے ہوتا ہے۔ اگر تعاملِ واَزرمن مثبت ہو تو دافع آتشک تدابیر اختیار کرنی چاہئیں۔



گائی کے ہسپتال میں راقم الحروف کی ایک اصابت جس میں جمجمہ بائیں ذراعیہ، فخذیہ اور حوض کا تشوھی عظمی التہاب دکھایا گیا ہے۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر ایچ۔ ایم۔ ورتھ (Mr. H. M. Worth) نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ 567)

حوالہ جات

REFERENCES

1	O. Folin ..	1905	*Am. Journ. Physiol.*, 13, pp. 45, 66.
2	G. Graham and E. P. Poulton ..	1913	*Quart. Journ. Med.*, 7, p. 13.
3	R. Pemberton ..	1928	*Proc. Conf. on Rheum. Dis., Bath,* p. 182.
4	J. A. Glover, Milroy Lectures ..	1930	*Lancet*, i., pp. 500, 607, 733.
5	C. W. Buckley ..	1931	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 1108.
6	L. G. Rowntree ..	1930	Quoted in *Lancet*, i., p. 964.
7	A. A. Bisset and A. Woodmansey ..	1933	*Lancet*, ii., p. 1018.
8	V. Coates and J. L. Delicati ..	1928	*Lancet*, i., p. 1069.
568 9	G. L. Kerr Pringle and O. S. Miller ..	1923	*Lancet*, i., p. 171.
10	Campbell ..	1924	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 145.
11	J. Barcroft and others.	1922	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 648.
12	G. Evans and A. W. Spence ..	1929	*Lancet*, i., p. 704.
13	T. G. Reah ..	1932	*Lancet*, ii., p. 504.
14	Bronson, quoted by J. A. Foote ..	1927	*Clinical Poediatrics*, 7, 1927.
15	Reports on Chronic Rheumatic Diseases	1935	i., p. 19.
16	R.L. Cecil, E.E. Nichols and W. J. Stainsby	1929	*Arch. Int. Med.*, 43, 571.
	,, ,,	1931	*Amer. J. Med. Sci.*, 181, 12.
17	E. E. Nichols and W. J. Stainsby ..	1931	*J. Clin. Invest.*, 10, 323.

وہ امراض جو غذا میں بعض اجزا کی کمی کے باعث لاحق ہو جاتے ہیں

معین غذائی اجزا

(ACCESSORY FOOD FACTORS)

حیاتینیں (vitamins)

نوعمر حیوان کی بالیدگی کا انحصار عوامل کے ۲ گروہوں پر ہوتا ہے :۔ (۱) وہ عوامل جو اُس عضویہ کی ذات میں موجود ہیں اور وراثت سے متاثر ہوتے ہیں۔ (۲) وہ عوامل جو ماحول میں موجود ہوتے ہیں اور عضویہ پر باہر سے اثرانداز ہوتے ہیں۔ انہیں سب سے زیادہ اہم غذا ہے۔ زمانۂ حال تک بالعموم کسی فرد کی غذا کا حساب صرف اس کی توانائی احتیاجات کی بنا پر کرنا کافی سمجھا جاتا تھا، اور بافتوں کے اِتلاف یا ذبول میں واقع ہونے والے نقصان کی تلافی کے لئے اور بڑھتے ہوئے عضویہ میں بننے والی نئی بافت کی مقدار کو پورا کرنے کیلئے کافی سے زیادہ پروٹینی خوراک دی جاتی تھی۔ لیکن داءالخفر (scurvy) کی حالت میں کئی صدیوں کے انسانی تجربہ سے ظاہر ہو گیا ہے کہ اس کے علاوہ کسی اور چیز کی بھی ضرورت ہے، اور ہم دیکھتے ہیں کہ بیک سٹروم (Bachstrom) سنہ ۱۷۳۴ء میں یوں لکھتا ہے "یہ خرابی" (یعنے داءالخفر) صرف تازہ نباتی غذا اور سبزیوں سے قطعی پرہیز کرنے کی وجہ سے ہوتی ہے، اور تنہا یہی اس مرض کا حقیقی اولی سبب ہے ..... یہ صرف تازہ سبزیاں ہی ہیں جو جسم کو اس مرض سے محفوظ رکھتی اور نہایت عجلت کے ساتھ، بلکہ چند ہی دنوں میں شفا بخشتی ہیں، بشرطیکہ مریض استسقائی یا مدقوق ہو کر ناامیدی کے درجہ تک نہ پہنچ گیا ہو۔" (سنہ ۱۹۰۶ء میں

ہاپکنس (Hopkins) نے یہ عام اصول بیان کیا کہ خالص پروٹینز، شحوم اور کاربوہائیڈریٹس اور ساتھ ہی ضروری غیر نامیاتی ملحات کی غذا پر حیوانات کو زندہ رکھنا غیر ممکن ہے۔ وہ مخصوص اشیا جن کا غذا میں موجود ہونا ضروری ہے، معین غذائی اجزا (accessory food factors) یا حیاتینوں (vitamins) کے نام سے موسوم کی جاتی ہیں۔

شحم حل پذیر الف (fat-soluble A)۔ مکہ، بالائی، گائے کے دودھ کاڈ لیور آئل اور دوسری مچھلیوں کے تیلوں، اور انڈے کی زردی سے یہ شے وافر مقدار میں حاصل ہوتی ہے۔ نیز یہ پودوں کے سبز پتوں، مثلاً سبز ترکاریوں، اور بعض بیجوں کے جنینوں میں موجود ہوتی ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ پودوں کا زرد لونی مادہ موسوم بہ کیروٹین (carrotin) اور یہ دونوں ایک ہی چیز ہیں۔ بعض نباتی شحوم اور روغنیات، جیسے کہ روغن زیتون، روغن تخم پنبہ (cotton seed oil)، کوکو بٹر (cocoa butter)، السی کے تیل، نیز شحم خنزیر (lard) (بالخصوص تیار کی ہوئی سوّر کی چربی (prepared pig fat) میں یہ شے بالکل نہیں ہوتی، اگرچہ یہ سوکھائے اور نمک لگائے ہوئے لحم خنزیر (bacon)، بھیڑ کے گوشت (mutton)، گائے کے گوشت کی چربی میں بہ افراط موجود ہوتی ہے۔ تیلوں کو ہائیڈروجن کے عمل سے "سخت کرنے" میں یہ بالکل تلف ہو جاتی ہے، اس عمل سے خوردنی شحوم کی تیاری میں بکثرت کام لیا جاتا ہے۔ لیکن یہ شئے ایک یا دو گھنٹے تک ۱۰۰ درجہ سنٹی گریڈ تک گرم کئے جانے کی برداشت رکھتی ہے۔ دودھ کی چربی میں اس کی موجودگی ایک حد تک اس امر پر منحصر ہوتی ہے کہ گائے کی غذا میں اس کی اچھی مقدار دی جائے اور یہ شرط اس وقت پوری ہو جاتی ہے جب کہ سبز غذا بہ افراط بہم پہنچائی جا سکے۔ اگر غذا میں یہ حیاتین موجود نہ ہو تو سرایتیں بہ آسانی واقع ہو جاتی ہیں، بالخصوص غذائی اور تناسلی بولی خطوں میں (وہ اکثر مثانہ میں پتھری پیدا کرتی رہیں)، تجاویف الانف اور درمیانی گوش میں اور قاعدۂ زبان کے گرد، اور حیوانوں میں نظام عصبی کا مرض پایا گیا ہے۔ نیز شحمی بافت کا فقدان، عمومی حشائی ذبول، رمد خشک (xerophthalmia) (1) اور شب کوری (hemeralopia) بھی ہو جاتی ہے۔

یہ حیاتین دانتوں کے گرد نرم بافتوں کی بالیدگی میں مدد دیتی ہے۔

آب حل پذیر ب (water-soluble B)۔ حقیقت میں یہ شے
حیاتینوں کا ایک گروہ ہے، جن میں سے حیاتین ب۱، جو کہ دافع التہاب العصب
یا دافع بیری بیری عامل ہے، اور حیاتین ب۲، جو کہ پیلاگرا روکتی ہے، سب سے بڑی
اہمیت رکھتی ہیں۔ دونوں حیاتینیں بیشتر یک جا پائی جاتی ہیں۔ چاولوں اور گیہوں
کا نابتہ اس شے کا بڑا مخزن ہے، لیکن ان کے دانوں کے بیرونی غلاف میں
جو بھوسی کہلاتا ہے اور اُس کے بالکل نیچے کی اَلیُورون (aleurone) والی تہ میں
بھی یہ شے موجود ہوتی ہے۔ انڈے کی زردی، بیل کے جگر، لہن، اور دالوں میں
یہ بہ افراط موجود ہوتی ہے۔ لہن کی ایک تجارتی تجہیز، جس کا نام مارمائٹ 570
(marmite) ہے، اور جو شوربہ کے لئے مستعمل ہے، اس شے کے حصول کا ایک
سہولت بخش ذریعہ ہے۔ ب۱ ۱۰۰ درجہ سنٹی گریڈ پر رکھنے سے محض نہایت
آہستہ آہستہ تلف ہوتی ہے، مگر ۱۲۰ درجہ سنٹی گریڈ پر بہت زیادہ جلد تلف ہو جاتی
ہے۔ اسی واسطے روٹی یا بسکٹوں کو تنور میں پکانے سے اس کے ضائع ہو جانے کا
زیادہ اندیشہ نہ کرنا چاہیئے۔ لیکن اس کے برعکس ٹین کے ڈبوں میں بند غذاؤں
کو اس سے بالکل معرا سمجھنا چاہیئے۔ ب۲ نسبتہً زیادہ قائم الحرارت ہوتی ہے۔ چاولوں
کو مجلّے کرنے میں اُس کا نابتہ اور دانے کا سارا بیرونی غلاف (گردیا =pericarp)
دور ہو جاتا ہے لہذا دافع التہاب عصب جزو پورا ضائع ہو جاتا ہے۔ اگر نوعمر چوہوں
کو مجلّے کئے ہوئے چاولوں کی غذا دی جائے تو اُن کی بالیدگی فی الفور موقوف
ہو جاتی ہے، اور پچھلی ٹانگوں کی عدم ہم آہنگی پیدا ہو کر اب چوہے چل پھر نہیں سکتے۔
کبوتروں میں بھی کثیر عصبی التہاب (polyneuritis) پیدا ہو جاتا ہے اور یہ مرض بیری
بیری سے مماثل سمجھا جاتا ہے۔ جب شدید علامات تجربتہً پیدا ہو گئے ہوں تو اس
دافع التہاب عصب جزو کی کافی مقداریں دینے سے یہ علامات جلد بعض اوقات
چند ہی گھنٹوں میں، دور کی جا سکتی ہیں۔ اس امر کی شہادت بھی موجود ہے کہ
حیاتین ب۲ کی کمی سے غذائی قنال کی لمف آسا بافتوں کا ذبول اور ساتھ ہی رکود،
اتساع اور عدم دمویت واقع ہو جاتی ہے۔

حیاتین ج (vitamin C) (دافع اسکروی =antiscorbutic)۔

یہ آب حل پذیر حیاتین اب خالص حالت میں تیار کی گئی ہے یعنی اے سکاربک ایسڈ کے طور پر۔ اس کا سب سے بڑا منبع پیپریکا (paprika) ہے، لیکن کرم کلہ کے کچے پتوں، کچے سویڈی شلجم (swede) کے رس، اور تازہ لیموں اور سنگترہ کے رس میں اس کی کثیر مقدار ہوتی ہے۔ دوسری چیزوں، مثلاً گاجر، چقندر، آلو، پیاز، انگور، سیب، دودھ اور تازہ گوشت میں اس کی مقابلتہً کم مقداریں موجود ہوتی ہیں، اور آٹے، انڈوں اور خشک دالوں میں یہ شئے بالکل نہیں ہوتی۔ لیکن اگر خشک دالوں، مثلاً مسور، مٹر اور لوبیے کو پانی میں بھگو کر دو تین دن تک اُگنے دیا جائے تو اُن میں دافع اسکروی خواص پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ حیاتین خشک کرنے سے اور بلند تپش سے بہت جلد متاثر ہو جاتی ہے۔ خشک کردہ غذائی اشیاء سے اسکروی کا حفظ ما تقدم نہیں ہوتا، اور اگر کرم کلہ کو پانی میں ایک گھنٹہ تک جوش دیا جائے تو اُس کی ۹۰ فی صدی طاقت ضایع ہو جاتی ہے، اور اگر قلی موجود ہو تو یہ نقصان اور بھی جلد واقع ہو جاتا ہے۔ اسی واسطے سبزیوں کو ۲۰ منٹ سے زیادہ نہیں پکانا چاہیے اور اُن میں سوڈا نہیں ملانا چاہیے۔ لیموں کے خشک کردہ رس کے قرص، جو شکر اور گوند کتیرا (tragacanth) کے ساتھ بنائے گئے ہوں، اگر ٹھنڈے رکھے جائیں تو ایک سال تک اپنی فعالیت قائم رکھتے ہیں۔

حیاتین د (vitamin D) (دافع کساحت =antirachitic)۔

حیاتین د شحم حل پذیر ہے اور کاڈلیور آئل اور ہیلی بٹ آئیل (halibut oil) کے اندر شحم حل پذیر الف کے ساتھ موجود ہوتی ہے۔ گائے کے دودھ میں، جس میں شحم حل پذیر الف بہ افراط ہوتی ہے، حیاتین د کی بہت کم مقدار موجود ہوتی ہے۔ لیکن وہ بلند کیلشیمی مافیہا کے باعث طاقتور دافع کساحت خواص رکھتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ بعض اسٹیرولس (sterols) میں [بالخصوص اُرگواسٹیرول (ergosterol) میں جو اَرگٹ، لہن وغیرہ میں ہوتا ہے، اور فائٹو اسٹیرول (phytosterol) میں جو گیہوں اور سبزیوں میں ہوتا ہے] ماورائے بنفشی روشنی سے تشعیع کرنے کے بعد دافع کساحت خواص نمویاب ہو جاتے ہیں۔ خالص حیاتین د، یعنی کیلسی فیرال

(calciferol) تشعیع کردہ اَرگواسٹیرول سے تیار کی جاتی ہے۔ غالباً یہ ضروری اسٹیرول (essential sterol) جلد میں طبعی طور پر موجود ہوتا ہے، اور جب بچے، ماں یا گائے کو سورج کی روشنی میں منکشف کیا جاتا ہے تو حیاتین د بن جاتی ہے۔ شمسی غسل کے فائدہ مند ہونے کی یہی وجہ ہے۔

حیاتین ر شحم حل پذیر ہے۔ یہ چوہوں اور چوہیوں (mice) میں تولید کے لئے ضروری سمجھی گئی ہے۔

بیری بیری

(BERI-BERI)

(کَکّی = Kakke، کثیر العصبی التہاب مقامی = polyneuritis endemica، ربوی استسقا = hydrops asthmaticus)

یہ ایک مقامی مرض ہے، جس کا تمثیلی خاصہ محیطی اعصاب اور عصب تائہ کا التہاب ہے، جو مختلف درجوں کا شلل، عدم حسیت، اتساع قلب اور استسقا پیدا کر دیتا ہے۔ یہ غذا میں حیاتین ب۱ (vitamin B_1) کی غیر موجودگی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ کئی ایک مختلف سریری اقسام پائے جاتے ہیں۔

بحث اسباب۔ یہ جاپان، چین، ملایا اور جزائر فلپائن میں خاص کر چاول کھانے والی آبادیوں میں دیکھا گیا ہے۔ لیکن یہ ایسے ہر مقام پر ہو سکتا ہے، جہاں بیشتر اناجوں کی غذا کھائی جائے بشرطیکہ ان کی تیاری میں نابتہ اور بیرونی غلاف الگ کر دیا گیا ہو۔ مثلاً سالم چاول کا چھلکا، گردبار، اور نابتہ حیاتین ب سے معمور ہوتا ہے اور اس کے علاوہ پروٹین، شحم اور فاسفورس سے بھی، اور آسیاکاری (milling) کے عمل کے دوران میں یہ سب الگ ہو کر سفید مجلّے چاول باقی رہ جاتے ہیں جن میں ان اجزا کی قلت ہوتی ہے۔ بیری بیری بسا اوقات ملاحوں میں بحری جہازوں پر دیکھی جاتی ہے، جہاں چھنے ہوئے آٹے کے بسکٹ اور ٹین بند غذا بیشتر کھائی 571 جاتی ہے۔ یہ نیوفاؤنڈلینڈ اور لبریڈور میں بھی درج کی گئی ہے جہاں کی آبادی سرما

اور گرما میں زیادہ تر چھنے ہوئے آٹے کی روٹی پر بسر اوقات کرتی ہے۔ محاصرہ قط العمارہ (Kut) کے دوران میں برطانوی سپاہ میں اس وقت جب کہ وہ بالخصوص گیہوں کے آٹے پر بسر کرتے تھے اس مرض کا ایک تعجب انگیز حملہ ہوگیا، لیکن جب انھیں جَو کا آٹا یا پورے گیہوں کا موٹا پسا ہوا آٹا (جس کو ہندوستانی سپاہی استعمال کرتے تھے) دیا گیا تو مرض غائب ہوگیا۔ (اس کے برعکس ہندوستانی سپاہ میں داء الحفر (اسکروی) نمودار ہوگیا، جس سے برطانوی سپاہ محفوظ رہی اس کی وجہ یہ تھی کہ برطانوی سپاہ کو گھوڑے کے تازہ گوشت کی غذا زیادہ مقدار میں ملتی تھی، جسے ہندوستانی سپاہ نہیں کھاتی تھی) انگلستان میں بھی لازماً چھنے ہوئے آٹے کی روٹی زیادہ کھائی جاتی ہے مگر وہاں بقیہ غذا میں معین عامل کی کافی مقدار موجود ہوتی ہے، لہٰذا یہ مرض نہیں پیدا ہوتا۔ یہ امر قابل لحاظ ہے کہ ورزش بھی بیری بیری میں مبتلا ہونے کے رجحان کو کم کرتی ہے (4)۔

امراضیات۔ اُذیما اور استسقاء کلّی کے علاوہ جو دوران زندگی میں دیکھے جاتے ہیں، کدمات مصلی اغشیہ کے نیچے، عضلات میں، اور اعصاب کی پوششوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ اتساع اور بیش پرورش خاص طور پر قلب کی دائیں جانب میں واقع ہوتے ہیں، اور اس کی عضلی دیواروں کا اذیما اور شحمی انحطاط واقع ہوتا ہے۔ پھیپھڑے اکثر محتقن اور اذیمائی ہوجاتے ہیں، اور جگر اور گردے ممتلی ہوتے ہیں۔ محیطی اعصاب کا ولیرائی انحطاط (Wallerian degeneration) واقع ہوتا ہے، نیز محوری انحطاط بھی، اور اس کے ساتھ ہی درون عصبیہ اور گرد عصبیہ میں خلوی دررِیزش واقع ہوتی ہے۔ عصب تائہ اور عصب مشارکی میں بھی انحطاطی تغیرات واقع ہو سکتے ہیں، نیز مقدمی قرنی خلیات میں اور عصب تائہ کے نواتی تعلقات میں۔

یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ (5) عضلۂ قلب کا ورم سیال جذب کرنے کی وجہ سے ہوتا ہے اور اس سے میکانیہ ضرب قلب میں تبدیلی ہوئے بغیر، قلب کی انقباض پذیری کم ہوجاتی ہے، جیسا کہ برقی قلب نگار سے معلوم ہوتا ہے۔ کالبدی عضلات جنھیں طبعی حالت میں جسم کا سب سے بڑا خزینۂ آب سمجھا جا سکتا ہے، اور اعصاب اور بعض غدو حد سے زائد سیال جذب کرتے ہیں، اور بعض لوگ یہ سمجھتے ہیں کہ تمام علامات اور وہ عمومی ذبول جو بعد میں واقع ہوجاتا ہے اسی عمل کا نتیجہ ہیں۔

علامات۔ "مجلّے کیے ہوئے" چانول کی خوراک پر یہ مرض اسی یا نوے دنوں میں نمویاب ہوتا ہے، اور امارات اور علامات زیادہ تر کثیر عصبی التہاب (multiple neuritis) کے ہوتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 651)۔ لیکن بعض قلبی خصائص بھی متزاد ہوتے ہیں جن میں بہر ٹانگوں کا اُذیما اور استسقائے کلّی شامل ہیں۔ مگر بالعموم غیر حمّوی ہوتا ہے، الا شاید ابتدائی درجوں میں، اور ممکن ہے اس کے ساتھ شراسیفی بے آرامی، متلی اور قے کی مانند معائی امارات پائی جائیں۔ کئی ایک مختلف سریری قسمیں پائی جاتی ہیں۔

(۱) خفیف انتقالی اصابتیں جن میں فسادات حسی، قطعہ دار عدم حسیت، اور گھٹے ہوئے وتری معکوسات پائے جاتے ہیں۔ مناسب غذا پر مریض بہ آسانی صحت یاب ہو جاتے ہیں۔

(۲) معمولی بیری بیری، جس کی دو قسمیں ہیں۔ (ا) تر، (ب) خشک۔
آغاز بالعموم غیر محسوس طور پر ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے تقریباً دفعتہً ہو۔ اس کا ممیزہ خاصہ جوارح میں بھاری پن، کمزوری اور سن پن ہے، جس کے ساتھ پنڈلیوں میں درد، اور نڈھال پن کی ایک عام حالت پائی جاتی ہے۔ خشک قسم میں جیسے جیسے مرض نمویاب ہوتا ہے، طاقت کی کمی اور عضلی ذبول زیادہ ہوتے جاتے ہیں، اور یہ ٹانگ کے سامنے کے عضلاتِ باسطہ میں شروع ہو کر پھر دوسرے عضلات کو اور ران کے عضلات کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ بعد میں ہاتھ کے عضلات باسطہ، ذوراعین عضلات، اور بعض اوقات عضلاتِ شکم، ڈایافرام اور بین الاضلاع عضلات بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ بلند گامی چال اور سقوط الید بسا اوقات پیدا ہو جاتے ہیں۔
ٹانگوں کی کمزوری ابتداءً مرض میں اُکڑوں نشست کے امتحان سے ظاہر ہو سکتی ہے:۔ اس کو انجام دینے کا طریقہ یہ ہے کہ مریض اپنے گھٹنے ایک دوسرے سے جدا رکھ کر اور سرینوں کو زمین سے چند انچ اٹھا ہوا رکھ کر اُکڑوں نشست اختیار کرتا ہے۔ بیری بیری کا مریض خود کو اس وضع سے اوپر نہیں اٹھا سکتا، اور بالعموم وہ رانوں پر ہاتھ رکھ کر اٹھنے کی کوشش کرتا ہے اسی طرح جس طرح کوئی کاذب بیش پرورشی شلل کا مریض۔ گھٹنے کے جھٹکے (knee-jerks) جو کہ ابتداءً بیش حساس ہوتے ہیں عموماً جلد ہی زائل

ہو جاتے ہیں اور اِس کے بعد اَخیلی (Achilles) کا جھٹکا اور دوسرے عمیق معکوسات غائب ہو جاتے ہیں۔ عدم حسیت ابتدا مرض ہیں قصبیہ پر کی جلد میں دیکھی جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ جوارح کے دوسرے حصوں اور دھڑ میں پھیل جائے۔ عضلات کی الیمیت بالخصوص پنڈلیوں کے عضلات کی، اور دردناک اَینٹھن بھی ہوتی ہے، اسیطرح جس طرح کہ دوسرے اسباب سے پیدا ہونے والے کثیر عصبی التہاب میں اکثر ہوا کرتی ہے۔ اور حنجری شلل (laryngeal paralysis) واقع ہو جاتا ہے اور اس کے ساتھ ہی عسر البلع (نگلنے کی دقت) بھی ہوتا ہے۔

572 قلب کی خراش پذیری بسا اوقات پیدا ہو جاتی ہے، اور کسی وقت بھی تر قسم نمویاب ہو سکتی ہے۔ تر قسم کے ہمراہ محیطی اعصاب کے ماؤف ہونے کی کچھ نہ کچھ شہادت پائی جاتی ہے، اور اس پر مختلف درجوں کا زیر جلدی اذیما مستزاد ہو جاتا ہے، جو کہ پہلے قصبیات کو ماؤف کرتا اور بعد میں دوسری جگہ پھیل جاتا ہے۔ عمومی استسقاء، بلورائی، باریطونی اور تاموری کہفوں میں انصبابات کے ہمراہ نمودار ہو جاتا ہے۔ بُہر اور سرعت قلب پیدا ہو جاتی ہے، اور سریع، پست تناؤ کی نبض پائی جاتی ہے۔ سریری لحاظ سے دایاں قلب تسع ہوتا ہے، اور انکماشی خریرات، ایک بلند اور متضاعف ریوی دوسری آواز کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ جنین قلبی غیر عام نہیں ہے۔ پیشاب میں البیومن بالکل نہیں ہوتا یا بہت کم ہوتا ہے، اور پیشاب سبا ئنگ سے مبرا ہوتا ہے۔

(۳) حاد قلبی قسم۔ یہ تر یا خشک بیری بیری کے دوران میں نمویاب ہو سکتی ہے، یا خصوصیات مندرجہ کے بغیر دفعۃً شروع ہو سکتی ہے۔ عام طور پر انخفاض کا احساس، شراسیفی درد اور متلی ہونے کے بعد اختلاج، پیش قلبی درد، بُہر اور امتلائی فشل کی امارات نمودار ہوتی ہیں، جس کے ہمراہ محتقن عنقی وریدیں، زراق، ریوی امتلاء، الیم بڑھا ہوا جگر، زیر جلدی اذیما، اور عمومی استسقاء پایا جاتا ہے۔ بے صوتی اور ڈایافرام کا شلل واقع ہو سکتا ہے اور چند گھنٹے سے لے کر چند دن تک میں موت واقع ہو جاتی ہے۔

(۴) رضیعی بیری بیری، جو کہ حاد یا مزمن شکلیں اختیار کر سکتی ہے، جاپان اور

جزائر فلپائن میں ایسے پستان پروردہ بچوں میں ہوتی ہے جن کی مائیں خفی یا فعال بیری بیری میں مبتلا ہوں۔ معدی معائی علامات، قے، اسہال یا قبض عام ہوتے ہیں اور ان کے علاوہ قلبی خصوصیات بھی۔ نخالۂ ارز (rice-polishings) کا خلاصہ دینے سے اور پستانی رضاعت کی بجائے مصنوعی رضاعت سے کام لینے سے بالعموم شفا ہو جاتی ہے۔

تشخیص ۔ غذا کی نوعیت اور التہاب اعصاب محیطی کی متعدد واردات میں ہونے سے بیری بیری کا شبہ پیدا ہونا چاہئے، بالخصوص مشرقی لوگوں میں۔ متو بیری بیری کو التہاب الکلیہ، کیچ دہنی (ankylostomiasis) اور قلبی فشل سے متفرق کرنا چاہئے، اور خشک قسم کو الکحلی اور سم الفاری التہاب العصب اور دیگر عصبی امراض سے۔

انذار ۔ زیادہ معمولی اصابت ایک ماہ سے لے کر سال یا زیادہ تک جاری رہتی ہے، اور مناسب علاج کے باوجود صحت یابی بسا اوقات نہایت ہی آہستہ ہوتی ہے۔ خطرہ سریع قلبی فشل میں ہے، اور قے کے بعد بعض اوقات مہلک خستگی واقع ہو جاتی ہے۔ ویڈر (Vedder) نے ۱۹۱۳ء میں اندازہ لگایا کہ اوسط شرح اموات ۵ فیصدی ہے۔ لیکن مندرجہ وباؤں میں سے بعض میں یہ اس سے بلند تر تھی۔

علاج ۔ یہ اہم ہے کہ جہاں ٹین بند غذائیں، مجلّے چاول اور چھنے ہوئے آٹے کی روٹی زیادہ تر کھائے جاتے ہیں، وہاں غذا کو انڈوں، لہن (yeast) یا مارمائیٹ (marmite) کے ذریعہ تقویت دی جائے، جن میں حیاتین ب کا بلند مافیہ ہوتا ہے، یا غذا بدل دی جائے اور قلیل التجلیہ چاول یا بے چھنا ہوا گیہوں کا آٹا استعمال کیا جائے۔

جب مرض ایک مرتبہ نمو یاب ہو گیا ہو، تو مریض کو بستر پر لٹا دینا چاہئے اور وہاں سختی سے لٹائے رکھنا چاہئے۔ چھوٹی چھوٹی خوراکیں پہلے پہل ہر دو گھنٹہ کے وقفہ سے دی جاتی ہیں، ایسی غذا کی جو خشک اور کاربوہائڈریٹ کی قلیل مقدار پر مشتمل ہوتی ہے، اور جس میں انڈے، دودھ، جگر، لہن یا مارمائٹ ہوتا ہے۔ قلبی فشل میں فصد اور موسع العروق ادویہ واضح طور پر مفید ہیں، اور مالحات کے ذریعہ قبض کو دور رکھنا چاہئے۔

حاد مرحلہ کے دوران میں تقبضات سے بچنا چاہیئے، اور بعد ازاں دلک اور برقی علاج، مذبول عضلات کو بحال کرنے میں مفید ثابت ہوتے ہیں۔ اس مرحلہ پر ایک تلخ مقوی اور سنکونیا کا آمیزہ کھانے سے پہلے استعمال کر سکتے ہیں۔

وبائی استسقاء

(EPIDEMIC DROPSY)

یہ ایک تغذیتی مرض ہے جو کہ وبائی شکل میں چاول کھانے والوں میں واقع ہوتا ہے، اور جس کا ممیز خاصہ بخار، وسیع طور پر پھیلا ہوا اذیما، قلبی اختلالات اور بعض اوقات احمراری ثوران ہے جو جوارح کو ماؤف کرتا ہے۔ التہاب الاعصاب بہت ہی وباؤں میں مفقود ہوتا ہے۔ یہ دوران جنگ میں مرکزی سلطنتوں میں "اذیمائے گرسنگی" یا "اذیمائے جنگ" کی حیثیت سے وسیع طور پر پیدا ہو گیا۔

بحث اسباب۔ یہ مرض بنگال میں برسات کے موسم میں ہوتا ہے، اور دونوں صنفوں کو متاثر کرتا اور تیسرے عشرے میں خصوصیت کے ساتھ عام ہوتا ہے۔ چاول کھانے والے بہت سے لوگ (خاص طور پر وہ جو کہ اسے نیم جوش کھاتے ہیں) بسا اوقات ہم زماں طور پر مبتلا ہو جاتے ہیں۔ بعض لوگ اس مرض کو خراب طور پر مذخور رکھے ہوئے چاولوں کی اس تحلیل کی طرف منسوب کرتے ہیں، جو کہ بلند مرطوبیت رکھنے والے موسم برسات میں واقع ہو جاتی ہے۔ دوسرے لوگوں کی یہ رائے ہے کہ چونکہ اس کو تر یا قلبی بیری بیری سے متفرق کرنے کا کوئی قابل اعتماد ذریعہ نہیں ہے، لہذا اس کو اسی مرض کی ایک خاص شکل تصور کرنا چاہیئے۔ 573

علامات۔ یہ تو بیری بیری کی علامات سے نہایت ہی مشابہ ہوتے ہیں، چنانچہ عمومی اذیما اور قلبی اتساع، بڑھے ہوئے جگر اور ریوی امتلاء کے ساتھ، ممیز خصوصیات ہیں۔ التہاب اعصاب محیطی حالیہ وباؤں میں مشاہدہ نہیں کیا گیا، اگرچہ پاؤں کو ماؤف کرنے والی ثملیت کی شکایتیں سنی جاتی ہیں۔ تپ موجود ہوتی ہے، جس کے ہمراہ بسا اوقات عدم دمویت اور بعض اوقات کثرت خلیات ابیض پائی جاتی ہے، اور

ممکن ہے ایک احمراری ثوران جوارح کو ماؤف کرے۔ اسہال غیر عام نہیں ہے، اور بے ترشگی (achlorhydria) کی بھی اطلاع دی گئی ہے۔ آنکھ کی تکلیف، بالخصوص سبز موتیا (glaucoma)، اکثر پائی جاتی ہے۔

علاج - یہ تو بیری بیری کے علاج کے مماثل ہے، اور دائیں قلب کے فشل کے لئے فصد کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

پیلاگرا

(PELLAGRA)

[مرض الورد (Mal de la Rosa)، مرض الشمس (Mal de sole)]

پیلاگرا ناقص تغذیہ کا مرض ہے، اور یہ بالعموم مکئی کھانے والوں میں پیدا ہوتا ہے، جن کی غذا میں حیاتین ب$_2$ کی، اور "عمدہ" پروٹین کی قلت ہو۔ سریری طور پر اس کی خصوصیات یہ ہیں:- ان رقبہ جات میں جو کہ سورج کی شعاعوں میں منکشف ہوتے ہیں جلد کا تشاکل احمرار اور لونیت، غذائی قنال کے اختلالات بشمول الیم زبان اور اسہال کے، اور عصبی اور طبیعی علامات جو کہ بسا اوقات عتاہت پر ختم ہوتی ہیں۔

پیلاگرا [جلد + خشونت - یا جلد + نقرس جیسا کہ پوڈاگرا میں] پہلے پہل اطالیہ میں (۱۷۷۱ء میں)، ہسپانیہ میں (۱۷۳۵ء میں) اور فرانس میں (۱۸۱۸ء میں) بیان کیا گیا۔ اور زیادہ قریبی زمانہ میں رومانیہ، ہنگری، کارفو (Corfu)، زیریں مصر، ترکیہ، سوڈان اور افریقہ کے دوسرے حصوں، جنوبی ریاست ہائے متحدہ، برازیل، ارجنٹائن، جزائر غرب الہند، میکسیکو، ہندوستان، چین اور جاپان میں اس کی اطلاع دی گئی ہے۔ ہر نسل، صنف اور عمر کے لوگ متاثر ہو سکتے ہیں، لیکن بالغ عورتیں سب سے زیادہ متاثر ہوتی ہیں۔ یہ مفلس ترجماعتوں میں، اور بالخصوص مکئی کھانے والوں میں واقع ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ مکئی سے بنی ہوئی الکحل بکثرت پینے کے بعد پیدا ہو جائے۔ انگلستان میں اس کا ہونا معلوم ہے (14)۔

کاسل (Casal) نے ۱۷۳۵ء میں شناخت کر لیا کہ یہ مرض ناقص تغذیہ کے

باعث ہوتا ہے، اور فنک (Funk) نے بیری بیری سے اس کی مشابہت بتلائی اور قلت حیاتین کا خیال سمجھایا۔ اس مرض کے متعلق یہ بھی تصور کیا گیا ہے (13) کہ یہ امینو ایسڈ کی قلت کے باعث ہوتا ہے، کیونکہ زئین (zein) یعنی مکئی کے پروٹین میں ٹائروسین اور ٹرپٹوفین کی کمی ہوتی ہے۔ بالعموم اب اس کو حیاتین ب$_2$ (جو ملاحظہ ہو) کی قلت کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ مکئی کے سم کا نظریہ حال ہی میں منظر عام پر آیا ہے۔ وہ یہ ہے کہ پیلاگرا ایک سمی شئے کا نتیجہ ہے جو کہ مکئی کی غذا سے حاصل ہوتی ہے اور "عمدہ" پروٹین کی، یا شاید حیاتین ب$_2$ کی جو کہ "عمدہ" پروٹین کے ہمراہ پائی جاتی ہے، کافی مقدار دے کر اس غذا کو درست کیا جا سکتا ہے۔ ثانوی پیلاگرا بعض غذائی امراض مثلاً ہضمی قرحہ یا معدی سرطان کی ایک شاذ پیچیدگی ہے۔ یہاں ممکن ہے حیاتین ب$_2$ کا ناقص انجذاب اور غذائی قلت اس کی پیدائش میں کچھ حصہ لیں۔

امراضیات - جلد احمرار لونیت، اور بعد ازاں صادق تسلخی التہاب الجلد (exfoliative dermatitis) ظاہر کرتی ہے، نیز نحول نمایاں ہوتا ہے اور احشاء ذبول ہوتے ہیں۔ قلب چھوٹا ہوتا ہے۔ التہاب زبان معہ تقرح کے اور بعد ازاں زبان کا ذبول پایا جاتا ہے۔ معاء صغیر میں ذبولی اور تقرحی تغیرات اور قولون میں تقرح بیان کیا گیا ہے۔ عظمی مسامیت معہ عظمی تغیرات کے گاہے گاہے ہوتی ہے۔ سب سے زیادہ ممیز اضرار حبل شوکی میں ہوتے ہیں اور وہ یہ ہیں کہ خلفی اور جانبی ستونوں، اور بالخصوص کلارک (Clarke) کے ستون میں صلابت یا انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر عنقی اور بالائی ظہری خطے میں اور اول الذکر وسطی یا زیریں ظہری خطے میں سب سے زیادہ متاثر ہوتے ہیں۔ گرد عروقی فضاؤں میں گول خلیات کی دررزش اور عصبی عناصر کی لونیت اور انحطاط پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے منتشر التہاب سحائے نخیف، سحایا کی دبازت اور انضمامات، دماغی ذبول اور بطینوں کا استسقاء موجود ہو۔

علامات - ایک قبل پیلاگرائی حالت، جس کا امتیازی خاصہ نہاکت، پست فشار دموی، عدم اشتہا اور ذہنی انخفاض ہوتا ہے، سالانہ چند سال تک نمودار ہوتی رہتی ہے، قبل اس کے کہ صریح پیلاگرا نمودار ہو۔ غذائی خطہ کے

اختلالات موسم بہار کے شروع میں نمودار ہوتے ہیں، ممکن ہے التہاب الفم اور حاد التہاب زبان (چقندر نما زبان = beet tongue) ہو اور اس کے ساتھ قلاعی تقرح، سر حلمہ کا جھڑ جانا، اور بالآخر ذبول اور لسانی حلیموں کا فقدان پایا جائے۔ بے ترشگی بالعموم پائی جاتی ہے، اور شدید غیر شحمی اسہال، قولنجی درد اور تاسیر کے ساتھ ممکن ہے کئی ماہ تک آتے رہیں۔ عدم دمویت، اگر موجود ہو، تو بالعموم "ثانوی" ہوتی ہے اور لونی اشاریہ پست ہوتا ہے، لیکن گاہے گاہے کبیر خلوی عدم دمویت کی مثالیں درج کی گئی ہیں۔ دموی فشار پست ہوتا ہے، اور اس کے ہمراہ آلکسی اور گاہے گاہے دوار کے حملے پائے جاتے ہیں۔ ادمی اضرار ابتدائے موسم گرما میں نمودار ہوتے ہیں اور موسم خزاں میں غائب ہو جاتے ہیں۔ ثوران کا ممیز خاصہ اس کا تشاکل، اس کا واضح طور پر متمیز کنارہ، اور ان رقبوں پر اس کی توزیع ہے جو کہ سورج کی شعاعوں کے سامنے منکشف رہتے ہیں۔ چہرہ، گردن، سینہ کا بالائی حصہ، ہاتھوں اور پیش بازوؤں کی پشت، پاؤں کا ظہریہ اور ظہر القدم (instep) اور ٹانگیں طفحہ کا عام محل وقوع ہیں، جو کہ احمرار کے طور پر شروع ہوتا ہے (حرقتہ الشمس کے مانند) جس کے ساتھ کھجلی اور جلن ہوتی ہے، اور جس میں تفقع پایا جاتا ہے۔ تقریباً ۲ ہفتہ کے بعد برادمہ خاکستری یا بھوری پپڑیوں کی صورت میں جھڑ جاتا ہے۔ مکرر حملوں کے بعد ادمہ کی لونیت اور دبازت واقع ہو جاتی ہے۔ بالآخر ذبول واقع ہو جاتا ہے، اور جلد پتلی، خشک اور جھری دار ہو جاتی ہے۔ عصبی مظاہر، تحت الحاد مخلوط انحطاط (subacute combined degeneration) کے مظاہر سے مشابہت رکھتے ہیں، اور پشت میں درد، ظہری اور قطنی شوکوں کی الیمیت، رکبی جھٹکوں کی زیادتی (۷۵ فی صدی)، چال میں کمزوری اور اکثر پر مشتمل ہوتے ہیں، اور بالآخر پافالج کے ساتھ بالائی حرکی عصبیہ کے ضرر کی امارات پر۔ بعد ازاں مثانی اور مستقیمی اقتدار زائل ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے رخو شلل نمودار ہو جائے۔ حسی اختلالات، اور ان کے ساتھ فسادات حس، زبان اور جوارح اور سر کو متاثر کرنے والے رعشے، اور کنع حرکات غیر عام نہیں ہیں۔ ذہنی خصوصیات میں پستی، ملال، ذہول، نسیان، بے خوابی، بے چینی، اور چڑچڑاپن پہلے دیکھے جاتے ہیں، اور بعد ازاں اختباطات اور توہمات کئی سال مکرر حملے ہونے کے بعد

مالیخولیا، مانیا، اور عتاہت پیدا ہو جاتی ہے
بچوں کا نشو و نمارک جاتا ہے، لیکن عصبیاتی مظہرات اُن میں اس قدر عام نہیں ہیں۔

تشخیص - جہاں سریری تصویر پورے طور پر نمو یاب ہو بہت کم وقت پیش آتی ہے، کیونکہ جلدی اضرار نہایت ہی ممیز ہوتے ہیں۔ تاہم ان کی عدم موجودگی میں، ممکن ہے تفریقی تشخیص میں ہزالِ نخاع اور نخاع کے تحت الحاد مخلوط انحطاط پر غور کرنا پڑے۔ نیز ان اصابتوں میں کہ جن میں غذائی خطہ کے علامات نمایاں ہوتے ہیں، ممکن ہے اس حالت کو اسپرو (sprue) کے ساتھ خلط ملط کر دیا جائے۔ جب جلدی ثوران تنہا موجود ہو تو کثیر الاشکال احمرار (erythema multiforme) اور التہاب الجلد مخدشی (dermatitis venenata) کو متفرق کرنا پڑتا ہے۔

انذار - اس مرض کا امتیازی خاصہ فترات ہیں اور ایک مزمن غیر حموی ممر جو کہ بیس سال تک جاتا ہے۔ بخار نہایت ہی تشویشناک انذاری اہمیت رکھتا ہے۔ تقریباً ۴ فی صدی مریضوں میں شدید ذہنی شکایت پیدا ہو جاتی ہے، اور مصر جیسے ملکوں میں کہ جہاں مرض مقامی ہوتا ہے، بہت سے مریض پاگل خانوں میں مرتے ہیں۔

علاج - ناقص غذاؤں کو ایسی غذا سے تقویت دے کر کہ جس میں حیاتین ب۲ کی کثرت ہو، مرض کو روکا جا سکتا ہے۔ جب مظہرات ایک مرتبہ نمو یاب ہو جائیں، تو مریض کو بستر پر لٹا کر ایک ایسی مغذّی غذا دینی چاہیے، جس میں کاربوہائڈریٹ کم ہوں، اور جو دودھ، بے چربی کے لال چھلے ہوئے گوشت (۱/۲ پونڈ)، ٹوماٹر کے رس، (ایک اونس روزانہ) لبن بوزہ گراں، یا مارمائٹ (marmite) اور پھل اور سبزیوں پر مشتمل ہو۔ ایسڈ ہائڈروکلورک ڈل کھانے کے بعد ۱/۲-اوڈرام ۴-۶ اونس پانی میں دینا مفید ہے۔ اس نظام غذائی کے تحت صحت یابی ۶ سے لیکر ۱۲ ہفتے میں ہو جاتی ہے، لیکن اگر نکس سے بچنا ہے تو غذا کی پروٹین اور حیاتین ب۲ احتیاجات مستقل طور پر کافی ہونی چاہئیں۔

داءالحفر

(SCURVY)

اسقربوط (scorbutus)

داءالحفر کا ممیز خاصہ خون کا ایک نمایاں تغیر ہے، جس سے جلد کے نیچے اور جسم کے دوسرے حصوں میں نزفات واقع ہوجاتے ہیں، مسوڑھوں کی حالت اسفنجی ہوتی ہے، اور عدم دمویت اور انبطاح پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ مرض غذا میں حیاتین ج،
یعنی ایسکاربک ایسڈ (asorbic acid)، کی عدم موجودگی سے پیدا ہوتا ہے۔ 575

بحث اسباب۔ یہ مرض دونوں صنفوں اور ہر عمر میں ہوسکتا ہے۔ یہ بار بار ایسے حالات میں پیدا ہوگیا ہے جن میں غذا کے اندر سبزیوں اور تازہ گوشت کی مقدار کم کرنی پڑی ہے۔ چنانچہ گذشتہ زمانہ میں یہ مرض لمبے بحری سفر پر جانے والے ملاحوں کے لئے ایک مصیبت عظمیٰ بنا رہا ہے اور اسی وجہ سے اسے اکثر اوقات بحری داءالحفر کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، اگرچہ اب یہ نام اسے دوسری قسموں سے تفریق نہیں کرتا۔ اور اکس سے افواج اور افراد کے دوسرے بڑے مجمعے جیسے کہ محبوسوں میں رہنے والے، بلکہ بعض اوقات شفاخانوں میں رہنے والے اشخاص بھی شدید طور پر ماؤف ہوگئے ہیں۔ کبھی کبھی ان لوگوں میں بھی یہ مرض ہوگیا ہے جن کو سبزیاں میسر ہوسکتی تھیں مگر انھوں نے کسی وجہ، مثلاً افلاس، سوءہضم کی شکایتوں یا غلط خیالات کے باعث عادتاً ان کے استعمال سے پرہیز کیا۔

مرضی تشریح۔ داءالحفر کی مہلک اصابتوں میں وہی اضرار پائے جاتے ہیں جو دوران زندگی میں زیادہ تر نمایاں تھے، مثلاً جلد میں نزفات اور وتر عریضی غلافوں میں اور گرد عظمہ کے نیچے خون کے انصبابات، اور شیرخواروں میں برنامیات کی علیحدگی۔ کبھی کبھی دماغ کی سطح پر یا جرم کے اندر نزف واقع ہوگیا ہے۔ بارہا بلیورائی کہفوں اور تامور میں خون آلود مصل موجود ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شش مصل یا خون سے محتقن ہو، بلکہ بعض اوقات وہ گنگرینی بھی ہوتا ہے۔ عضلۂ قلب میں، تامور میں،

یا معدے اور آنت کی غشائے مخاطی کے اندر نزفات واقع ہو سکتے ہیں۔ یہ آخرالذکر خراشیدگی یا تقرح پیدا کر سکتے ہیں۔ جگر اور طحال اکثر بڑھے ہوئے، بہت ممتلی، نرم اور خستہ ہوتے ہیں۔ اور شدید اصابتوں میں حاد التہاب گردہ کا ہونا بیان کیا گیا ہے۔

علامات ۔ یہ مرض عموماً غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتا ہے، اور اس کے نمو کیلئے چار سے آٹھ ماہ تک درکار ہوتے ہیں۔ مریض کا رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے، اور وہ کمزور، نڈھال، غنودہ یا بے پروا ہو جاتا ہے، اور کوکھ میں یا جوارح میں درد پراں کی شکایت کرتا ہے۔ کچھ عرصہ (ممکن ہے کہ ایک ہفتہ یا زائد) کے بعد جوارح زیریں اور جسم کے دوسرے حصوں کی جلد پر نمشات نمودار ہو جاتے ہیں، اور بالعموم ہر نزف بال کے قاعدے کے گرد واقع ہوتا ہے۔ یہ دھبے چھوٹے چھوٹے، سرخ، یا سرخی مائل بھورے ہوتے ہیں، اور سطح سے اوپر اٹھے ہوئے نہیں ہوتے۔ بعض دوسرے دھبے ایسے نمودار ہوتے ہیں جو کم و بیش ان گوفتگیوں سے مشابہ ہوتے ہیں جو تشدد سے پیدا ہو جاتی ہیں، اور بڑے ابھرے ہوئے ددوڑے یا تحت الجلد خطی کدمات بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ یہ مختلف نزفات سارے جسم پر ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ پپوٹوں میں خون کی وعا بدری، یا ملتحمۂ چشم کے نیچے کدمات ہوں، گو بیشتر اوقات چہرہ بچا ہوا رہتا ہے۔ اس پر پیوراتی حالت کے ساتھ ساتھ جسم کے مختلف حصوں، اور بالخصوص بعض فضا اور کہنی کے خم میں، جبڑے کے زاویہ کے نیچے، اور قصبیہ ہڈی کے سامنے تنیدہ، عضیل اور متصلب اورام کا تذکرہ ضروری ہے۔ یہ خون یا خون آلود فائبرین، یا محض پھیکے زرد فائبرینی مادے کے انصبابات کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، جو رداو کے نیچے، یا عضلی بنڈلوں کے درمیان، یا گرد عظمہ اور ہڈی کے درمیان واقع ہو جاتے ہیں۔

دوسرا خاصہ جس کے متعلق یہ سمجھا جاتا ہے کہ یہ عموماً مستقل طور پر موجود ہوتا ہے، مسوڑھوں کی حالت ہے۔ یہ متورم، لحمی، یا اسفنجی ہو کر دانتوں سے علیحدہ ہو جاتے ہیں، اور نیلے سرخ ڈھیلے تودوں کی شکل میں دانتوں سے آگے بروز کرنے لگتے ہیں۔ یہ تودے دردناک ہوتے ہیں، اور ان کو ذرا سا چھونے پر ان سے خون نکلتا ہے۔ دانت ڈھیلے پڑ جاتے ہیں، مریض کوئی چیز چبا نہیں سکتا، اور اس کی سانس بدبودار ہوتی

ہے۔ مسوڑھوں کا ورم اس قدر زیادہ ہو سکتا ہے کہ وہ لبوں سے باہر بروز کرنے لگتے ہیں، اور اکثر اُن میں تقرح واقع ہو جاتا ہے۔ منہ کا باقی حصہ اس طریقہ سے ماؤف نہیں ہوتا۔ زبان بڑی ہو جاتی ہے اور اُس پر دندانے پڑ جاتے ہیں۔ بعض اوقات مسوڑھے اسفنجی نہیں ہوتے بلکہ صرف پھیکے رنگ کے ہو جاتے ہیں۔ اور تمام اصابتوں میں یہ تغیر دانتوں کی موجودگی سے واقع ہوتا ہے، چنانچہ اُس جگہ جہاں دانتوں کے سلسلہ میں کوئی خلاء ہو، اور بے دانت شیر خواروں اور بوڑھے آدمیوں میں یہ موجود ہی نہیں ہوتا۔

جب یہ تمام تغیرات نمویاب ہو جاتے ہیں تو مریض کا چہرہ پھیکا اور پھولا ہوا ہوتا ہے، محنت کرنے یا زور لگانے پر اُس کی سانس نمایاں طور پر پھول جاتی ہے اگرچہ اُس کے پھیپھڑوں میں کوئی طبیعی امارت نہیں پائی جاتی، اُس کو غشیان کے دورے ہوا کرتے ہیں، اور وہ جسمانی یا دماغی محنت کے بالکل ناقابل ہوتا ہے۔ لیکن تپش عموماً بلند نہیں ہوتی۔ نبض مختلف ہوتی ہے۔ پیشاب میں اکثر البیومن نہیں ہوتا۔ مخاطی اغشیہ سے نزف کا ہونا، اور بالخصوص رعاف شاذ نہیں۔ اور پاؤں اکثر اذیمائی ہوتے ہیں۔ خون کی نوعیت ثانوی عدم دمویت جیسی ہوتی ہے، اُس میں خفیف بوقلموں خلویت، متعدد الوان پسندی، اور منقط اساس پسند خلویت ہوتی ہے، خفیف ابیض خلویت کا موجود ہونا بھی ممکن ہے۔ سرخ جسیمات کم ہو کر ...... ۴ یا ...... ۳ تک پہنچ جاتے ہیں، یا جب نزفات وافر ہوں تو اس سے بھی کم ہو جاتے ہیں، اور لونی قوت نمادے، ہوتا ہے۔ عرصۂ ترویب طبعی سے بہت کم اختلاف ظاہر کرتا ہے۔ 576

زیادہ خطرناک اصابتوں میں معدے اور آنتوں سے، یا پھیپھڑوں سے نزف ہو سکتا ہے۔ یا ذات الریۂ پھیپھڑے کی گنگرین، التہاب تامور، یا ذات الجنب جو نزفی ہو سکتا ہے۔ یا کلائی طحال اور البیومن بولیت۔ ممکن ہے کہ دموی وعائیہ بدر یوں پر کی جلد دباؤ یا خراش سے اغشاش پذیر ہو کر فطر آسا (fungoid) اور بدبودار قرحات باقی رہ جائیں۔ بعض اوقات زحیر دارالحفر میں ایک پیچیدگی کے طور پر واقع ہو جاتی ہے، لیکن عموماً وہ ایک جداگانہ مبدائی سمجھی جاتی ہے۔ اکثر اوقات

خرابیٔ بصارت، جیسے شب کوری (hemeralopia) یا رتوندی کہتے ہیں، واقع ہوجاتی ہے۔ مریض کو دن کے وقت تو صاف نظر آتا ہے لیکن سرِ شام یا رات کی تاریکی میں وہ بالکل نہیں دیکھ سکتا اور اُسے اپنا راستہ نظر نہیں آتا۔ یہ شب کوری شبکیہ کے تغذیہ کے اختلال سے واقع ہوجاتی ہے۔ چشم بین سے آنکھ کے اندر کوئی تغیر نہیں ظاہر ہوتا، اور جب داءالحفر اچھا ہوجاتا ہے تو پھر نظر بھی طبعی ہوجاتی ہے۔

موت، بڑھتی ہوئی خستگی سے، جس کے ساتھ عدم دمویت اور نحول ہوتا ہے، عموماً بہت ہفتوں کے بعد واقع ہوجاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ وہ ناگہانی غشیان، ذات الریہ یا پھیپھڑے کی گنگرین، مصلی اغشیہ کے نزفی التہاب، یا دماغی نزف سے جلد تر واقع ہوجائے۔ جو مریض شفایاب ہوتے ہیں اُن میں مناسب علاج سے اصلاح فوراً ظاہر ہوتی ہے اور اکثر نہایت سریع ہوتی ہے۔ لیکن بیان کیا جاتا ہے کہ زیادہ عمیق انصبابات سے دبازت اور لیفی بند باقی رہ جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جوارح جزءً منقبض ہوتے ہیں اور متناظر عضلات مذبول ہوجاتے ہیں۔ بعض اوقات مفاصل جاسی ہوجاتے ہیں۔

رضیعی داءالحفر (infantile scurvy)۔ اس قسم کا داءالحفر، جسے بیرونی ممالک میں مرض بارلو (Barlow's disease) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، دو سال سے نیچے کی عمر کے بچوں میں دیکھا جاتا ہے، اور یہ اکثر اوقات کساحت (rickets) کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جو ایک دوسرا غذائی مرض ہے۔ داءالحفر کے ہونے کا احتمال اُن شیر خواروں میں ہوتا ہے جو عقیم دودھ، یا مالٹ آمیز یا دوسری محفوظ الحقوق غذاؤں پر پرورش کیے جاتے ہیں، اور جنھیں تازہ دودھ کافی نہیں ملتا یا بالکل نہیں ملتا۔ ایسے بچے دُبلے نہیں ہوتے، مگر اُن کا رنگ شاحب ہوجاتا ہے۔ اور پھر اُن کے جوارح، بالخصوص جوارح زیریں ماؤف ہوجاتے ہیں، چنانچہ بچے ان جوارح کو بالارادہ حرکت نہیں دیتے، اور جب کبھی اُنھیں چھوا جائے یا حرکت دی جائے، یا اُن کے قریب ہاتھ لایا جائے، تو وہ روتے ہیں۔ بچہ اکثر اس طرح لیٹتا ہے کہ اُس کی رانیں تبعید کردہ اور گھٹنے خمیدہ ہوتے ہیں، اور اس طرح ممکن ہے کہ اُس کو مشلول خیال

کر لیا جائے۔

ہڈیاں الیم ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ پاؤں میں کسیقدر اُذیما ہو، اور زیر گرد عظمی نزفات کی وجہ سے اورام ہوں۔ اور ممکن ہے کہ بَرنامی خطوط کے مقام پر ہڈیوں کی علیحدگی کا تکتک محسوس ہو۔ اگر کوئی دانت نکل چکے ہیں تو ممکن ہے کہ مسوڑھوں کی اسفنجیت نزفات کے ساتھ ہو، جیسی کہ بالغوں میں ہوتی ہے، اور بعض اوقات ایک متفطر تودہ دکھلائی دیتا ہے۔ دوسرے نزفات، جیسے کہ رعاف یا دم بولیت واقع ہوسکتے ہیں۔ عدم دمویت اخضر یتی قسم کی ہوتی ہے، اور خون یک نواتی خلیات کی زیادہ تعداد، چند لبّی خلیات (myelocytes) اور نوات دار سرخ جیسے پیش کرتا ہے۔

تشخیص۔ اُس وقت جب کہ ایسے حالات موجود ہوں جن کے متعلق معلوم ہے کہ یہ مرض پیدا کر دیتے ہیں، تشخیصِ مرض میں کوئی دقت نہیں ہوسکتی، لیکن منفرد اصابتوں میں تشخیص میں احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ پرپیُورا (purpura) سے اس کی تشخیص اس کے ساتھ موجود رہنے والی عمومی علالت، اسفنجی مسوڑھوں اور جوارح اور دیگر مقامات کے گہرے انصبابات سے ہوتی ہے۔ اِس کے برعکس نسبتہً مفلس جماعتوں کی آبادی میں اس مرض کی خفیف اصابتوں کے نظر انداز ہو جانے کا امکان ہے، جن میں عدم دمویت اور خرابئ صحت کے ساتھ بیشتر مبہم سے درد کے علامات ہوتے ہیں، اور مریض مسوڑھوں کے خفیف تغیر یا جلد پر کے چند دھبوں کا لحاظ نہیں کرتا۔ ایسی حالت میں غذا کے متعلق دریافت کرنے سے مرض کی نوعیت جلد معلوم ہو جائے گی۔ شیر خواروں میں یہ مرض رضیعی شلل (infantile paralysis)، آتشکی برنامی التہاب (syphilitic epiphysitis)، یا التہابِ گردِ عظمہ کے ساتھ خلط ملط ہوسکتا ہے۔

تحرز اور علاج۔ ایسی غذا دینا ضروری ہے جس میں دافعِ اسکروی حیاتین موجود ہو۔ زمانۂ دراز سے لیمو کے تازہ رس کے متعلق معلوم ہے کہ وہ ایک نہایت کار گر محرز اور علاج ہے، اور مصئون کرلنے پر بلکہ خشک حالت میں بھی وہ اپنے خواص کو بڑی حد تک باقی رکھتا ہے (Bassett-Smith)۔ لائم کا تازہ رس

(fresh limejuice) چنداں کارگر نہیں ہوتا اور لائم کا مصئون رس (preserved
limejuice) بالکل بے کار ہے۔ لائم کے رس کو عام شہرت حاصل ہونے کی وجہ یہ ہے
کہ ابتداءً یہ نام بحر روم کے لیموں کے رس کے لئے استعمال کیا جاتا تھا۔ گذشتہ صدی
کے وسط میں بحری محکمہ میں اس کے بجائے ویسٹ انڈیا کے لائم کا رس اسی نام سے
استعمال کیا گیا، لیکن تجربہ سے اس کا بیکار ہونا ثابت ہو گیا۔ گمانِ غالب ہے کہ 377
میدان جنگ کے سپاہیوں میں اس حیاتین کے حصول کا بہترین ذریعہ وہ خشک
دالیں ہیں جن کو استعمال سے پہلے اُپجنے دیا گیا ہو۔ وہ قابلیتِ نقل و حمل کے
باعث سہولت بخش ہوتی ہیں۔ کرم کلہ بہترین سبزی ہے جو استعمال کی جاسکتی ہے
لیکن اسے پانی میں جس قدر ممکن ہو کم عرصہ کے لئے اور سوڈا کے بغیر پکانا چاہیے۔
ایک کیمپ میں جہاں کرم کلے گوشت کے ساتھ چند گھنٹے تک دم پخت کر کے پکائے
گئے، داء الحفر پھوٹ پڑا۔ تازہ گوشت بھی کسیقدر مفید ہے۔ شیر خواروں کی غذا کے
متعلق یاد رکھنا چاہیے کہ گائے کا دودھ نسبتاً کم مفید دافع اسکروی غذا ہے، اور
اس میں جو کچھ حیاتین موجود ہے وہ دودھ کی تعقیم یا بطریقہ پاسچر گرم کرنے میں
اور بھی کم ہو جاتی ہے۔ غالباً یہ حیاتین خشک کئے ہوئے دودھ میں بالکل غیر موجود ہوتی
ہے۔ بہرحال جب عقیم یا خشک کیا ہوا دودھ استعمال کیا جائے تو غذا میں کچھ حیاتین
شامل کر دینا چاہیے۔ اس کی سادہ ترین ترکیب یہ ہے کہ بچہ کو ایک چمچہ بھر سنگترہ کا رس
دے دیا جائے۔ لیکن سویڈی شلجم (swedes) بھی استعمال کئے جاسکتے ہیں، جو بکثرت
اور ارزاں دستیاب ہوتے ہیں۔ یا ٹماٹر کا رس، تین ماہ کے بچے کے لئے ٹیبل سپون فل
روزانہ، یا آلو جو بھوننے کے بعد عین چھلکے کے نیچے سے کھرچ لیا گیا ہو۔ خام سویڈی شلجم کا
رس (raw swede juice) حاصل کرنے کی یہ ترکیب ہے کہ تراشی ہوئی سبزی کو
کدوکش سے گھس کر اس کے گودے کو ململ کے ذریعہ نچوڑ لیا جائے۔ شافی اغراض کیلئے
لیموں کے رس کی بڑی مقداریں اختلال ہضم پیدا کئے بغیر استعمال کی جاسکتی ہیں، بشرطیکہ
کیلشیم کاربونیٹ کا عمل کر کے آزاد سائٹرک ترشہ کو خارج کر دیا جائے۔ خالص حیاتین
یعنی اے سکاربک ایسڈ، جو کہ پانی میں حل پذیر ہے، دروں وریدی طور پر ۱۰۰ — ۲۰۰
ملی گرام کی مقداروں میں دی جاسکتی ہے۔ اس کو دوسری نزفی حالتوں مثلاً پرپیورا اور

نزفی التہاب گردہ کے لئے بھی استعمال کیا گیا ہے۔ دروں عضلی یا زیر جلدی طور پر استعمال کرنے سے پہلے اس کے ۰.۱ ملی گرام کے عقیم ۲ فی صدی NaOH محلول کے ایک مکعب سمر میں حل کر کے اس کی تعدیل کر لینی چاہئے۔

کُساحتہ

(RICKETS) (rachitis)

کساحتہ ایک مرض ہے جس میں شیرخواروں اور نوعمر بچوں کی عام صحت ماؤف ہو جاتی ہے، اور جس کی خصوصیات یہ ہیں:— (۱) عملِ تعظّم کا فساد۔ چنانچہ ہڈیاں معمول کے نسبت زیادہ نرم ہوتی ہیں، اور اُس دباؤ سے جو اُن پر روزانہ استعمال سے پڑنا لازمی ہے جُھک کر مشوّہ ہو جاتی ہیں۔ (۲) تنفسی اور معدی معائی سرایتوں کا اور وظیفی عصبی فتورات کا احتمال۔

اسباب ۔ یہ بالخصوص بچوں کا مرض ہے، اور دونوں صنفوں کو تقریباً برابر ماؤف کرتا ہے۔ ابتدائی ترین عظمی تغیرات چھ اور بارہ مہینے کی عمروں کے درمیان دیکھنے میں آتے ہیں۔ اٹھارہ مہینے کی عمر تک اس کے سریری خصائص خوب نمایاں ہو جاتے ہیں۔ مالدار جماعتوں کے نسبت مفلس جماعتوں کے بچے کساحتہ میں زیادہ شدت کے ساتھ مبتلا ہوتے ہیں، اگرچہ اول الذکر میں بھی خفیف درجہ کا مرض عام طور پر موجود ہوتا ہے۔ اس کا اعظم حدوث سرما اور موسم بہار میں ہوتا ہے اور گرما کی سورج کی روشنی سے اس میں شفا ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے، کیونکہ یہ روشنی، جیسا کہ پہلے سمجھایا گیا ہے، جسم کے اندر حیاتین د (vitamin D) کی مقدار کو بڑھا دیتی ہے۔ دو حالات کا بارہا ذکر کیا گیا ہے کہ وہ کساحتہ کی استعداد کا باعث ہوتے ہیں، یعنے شہروں میں ازدحام اور تازہ ہوا کی کمی۔ لیکن ان کی اہمیت اسی حد تک ہے کہ یہ سورج کی روشنی کی کمی پیدا کرتے ہیں۔ تاخیر پذیر یا ریعانی کساحت (late or adolescent rickets)، جو شاذ ہے، چھ اور اٹھارہ سال کے درمیان کسی وقت بھی شروع ہو سکتی ہے۔

امراضیات ۔ اگرچہ سریری کساحتہ کا خاص سبب حیاتین د (vitamin D)
کی غیر موجودگی ہے، تاہم دوسرے کئی عاملات بھی ہیں کہ جن کے متعلق تجربی طور پر ظاہر ہوگیا
ہے کہ وہ اِس مرض کی پیدائش میں حصہ لیتے ہیں۔ اولاً فاعلی بالید گی ایک ضروری عامل
ہے۔ اگر یہ موجود نہ ہو تو کیلسیئم یا فاسفورس کی کمی بذاتہ تمثیلی کساحتہ نہیں پیدا کرتی،
اگرچہ کیلسیئم کی قلت ہڈیوں میں جلد ہی نمویاب ہوجاتی ہے، اور وہ عظم آسا بافت کی
تہوں کے ساتھ مسامیہ عظام ظاہر کرتی ہیں، لیکن تکاثر پذیر گری کے منطقہ میں
کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ تاہم کسی جانور کو کافی حراری قدر رکھنے والی ایسی غذا دے کر کہ
جس میں کیلسیئم کی یا فاسفورس کی کمی ہو تجربی طور پر کساحت پیدا کی جاسکتی ہے
(کیلسیئم کی کساحت یا فاسفورس کی کساحت)۔ ہڈیوں کی تکلیس پلازما میں کیلسیئم
(Ca) اور فاسفورک (PO_4) رواںات کی کافی مقدار موجود ہونے پر منحصر ہوتی ہے،
اور وہ باہم مل کر ایک خفیف طور پر حل پذیر نمک $Ca_3(PO_4)_2$ بنا دیتے ہیں جو
مرسوب ہوکر ہڈی بنا دیتا ہے۔ سریری کساحتہ میں ممکن ہے کہ پلازما کا کیلسیئم طبعی،
اور پلازما کا فاسفورس کم ہو (فاسفورس کی کساحتہ) (6)۔ دوسری اصابتوں میں کیلسیئم 578
اور فاسفورس دونوں کم ہوتے ہیں (10)۔ بہرحال پلازما کی حالت کساحتہ کا راست
سبب ہوتی ہے اور ہڈی میں کوئی نقص نہیں ہوتا، کیونکہ اگر کساحتی ہڈی کو ایک
طبعی بچہ سے نکالے ہوئے دموی پلازما میں یا کیلسیئم اور فاسفیٹ موجود رکھنے والے
محلولات میں محضون کیا جائے تو اس ہڈی میں تکلیس ظاہر ہوتی ہے لیکن جب
ایک کساحتی بچہ کے خون سے نکالا ہوا پلازما اس طرح استعمال کیا جاتا ہے تو یہ نتیجہ
حاصل نہیں ہوتا۔ حیاتین د (vitamin D) غالباً معوی مافیہ کو ترشئی کرکے اپنا
عمل کرتی ہے (جو معوی مافیہ کی طبعی حالت ہوتی ہے)، چنانچہ ایک بہ آسانی حل پذیر
نمک $CaHPO_4$ بن جاتا ہے جو بہ آسانی جذب ہوجاتا ہے۔ بہت زیادہ حیاتین
د دینے سے تکلیس، بالخصوص شریانوں کی، اور کلوی حصات پیدا ہوجاتے ہیں۔ حیاتین
د کے بغیر یہ مافیہ قلوی ہوجاتے ہیں (11) اور خفیف طور پر حل پذیر نمک
$Ca_3(PO_4)_2$ دقت کے ساتھ جذب ہوتا ہے (10)۔ ورزش کی کمی بھی کساحتہ کی
استعداد پیدا کردیتی ہے۔ اگر جانور کو بکثرت ورزش کرنے دی جائے تو کساحتہ کا

حملہ روکنے کے لئے نسبتہً بہت کم حیاتین د کی ضرورت ہوتی ہے۔ حاد کساحتہ میں پلازما کے بائیکاربونیٹ میں کمی ہو جاتی ہے، جو کیتونیت کی وجہ سے نہیں ہوتی (3)۔ بالکل ایسی ہی کساحت جیسی کہ حیاتین د کی کمی سے پیدا ہوتی ہے، شکمی مرض (cœliac disease) میں بھی پیدا ہوسکتی ہے (شکمی کساحتہ = cœliac rickets)۔ بڑی غیر ہضم شدہ شحمی اجابتوں کے باعث بالیدگی میں کمی ہوتی ہے اور اس کے ساتھ ہی حیاتین د معمول کے نسبت بہت کم جذب ہوتی ہے، اس کے نتیجہ کے طور پر کیلسیئم اور فاسفورس کا انجذاب بھی کم ہوتا ہے اور ہڈیاں عظمی مسامیتی ہو جاتی ہیں۔ پلازما کا فاسفورس اور کیلسیئم دونوں کم ہوتے ہیں۔ پست شحم والی غذا پر سریری حالت میں اصلاح ہو کر بالیدگی شروع ہو جاتی ہے اور کساحتہ پیدا ہو جاتی ہے، جو اسی طرح شفایاب ہوسکتی ہے جس طرح کہ معمولی کساحتہ۔ ناقص شحمی انجذاب کا دوسرا سبب اسہال ہے۔ لیکن یہ کساحتہ نہیں پیدا کرتا، کیونکہ بالیدگی موقوف ہو جاتی ہے۔

امراضیاتی تشریح ۔ طبعی شیرخوار کی لمبی ہڈی کی طولی تراش میں ڈنڈی (دربالہ) کا ایک صاف کٹا ہوا سرا (برنامی خط) نظر آتا ہے، اور ان مثالوں میں جن میں برنامیہ کا تعظم واقع ہوگیا ہے برنامی خط اور عظمی برنامیہ کے درمیان سپیدی مائل کرّی کا ایک قرص (برنامی غضروف) نظر آتا ہے۔ کساحتی ہڈی میں ایک بالکل مختلف تصویر نظر آتی ہے۔ کرّی کے برنامی قرص کی چوڑائی بہت زیادہ ہو جاتی ہے۔ برنامی خط نہیں ہوتا، مگر اس کی جگہ دربالہ کا ایک ناہموار طور پر کھردرا سرا لے لیتا ہے۔ یہ کھردرا سرا، جو معمول کے نسبت زیادہ عروقی ہوتا ہے، دباؤ کے باعث عموماً کھوکھلا اور جانباً پھیلا ہوا ہوتا ہے، اور اس طرح برنامیہ کی کلائی کی سریری امارت پیدا ہو جاتی ہے۔ دربالہ کے اس متغیر سرے پر بعد نامیہ کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔

طبعی حالت میں زجاجی کرّی اور اس ہڈی کے درمیان جو کہ اب تک نمو یاب ہو چکی ہے خوردبین کے نیچے کئی تہیں دیکھی جاتی ہیں: (الف) تکاثری غضروفی خلیے جن میں کوئی باقاعدہ ترتیب نہیں ہوتی (ب) تکاثری غضروفی خلیے جو استوانوں کی شکل میں زجاجی قالب کے استوانوں کے درمیان مرتب ہوتے ہیں۔ (ج) عارضی

تکلیس کا منطقہ، جس کی وجہ سے استوانے کرخت ہوجاتے ہیں اور گودے سے پھوٹ کر نکلنے والی عروق شعریہ کا رخ غضروفی خلیات کی طرف کردیتے ہیں، جو یا تو تارکل سے تلف ہوجاتے ہیں یا لبی فضاؤں میں غائب ہوجاتے ہیں۔ پھر یہ استوانے جزءً تلف ہوجاتے ہیں، اور جزءً ایسے مرکزوں کا کام دیتے ہیں جن کے گرد عظمی ناہضات مرتب ہوکر (د) عظم آسا بافت (osteoid) کی ایک تنگ تہ بنا دیتے ہیں، یعنے ایسی ہڈی جس میں کیلیشیم نہیں موجود ہوتا۔ (ھ) تعظم جو عظم آسا بافت میں کیلیشیم کے ملحات کے جماؤ سے پیدا ہوجاتا ہے۔

کساحتہ میں یہ باقاعدہ ترتیب بالکل مفقود ہوتی ہے۔ غضروفی تکاثر کا منطقہ انتصاباً اور جانباً بڑھ جاتا ہے، جس میں ابتداءً استوانی ترتیب ظاہر ہوتی ہے، لیکن استوانہ میں جو خلیات ہوتے ہیں وہ زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور یہ نقشہ جلد ہی غائب ہوجاتا ہے اور خلیات ایک زجاجی قالب کے اندر تودوں کی صورت میں نظر آتے ہیں۔ عارضی تکلیس کا منطقہ غیر موجود ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ لبّی عروق تمام سمتوں میں بڑھتی ہیں۔ عظم آسا بافت کی تہ بہت دبیز ہوتی ہے اور ایک کساحتی بعد نامیہ (rachitic metaphysis) بناتی ہے۔ اس کے اندر غضروفی خلیوں کے جزیرے ہوتے ہیں، اور چوڑی فضائیں ہوتی ہیں جن میں لُب موجود ہوتا ہے، اور اس کے عمیق تر حصوں میں کیلیشیم کے غیر منتظم یا بے قاعدہ جماؤ واقع ہوتے ہیں جو حقیقی ہڈی بناتے اور بعد نامیہ کے سِرے کا ممیز دندانہ دار کھردرا منظر پیدا کردیتے ہیں۔ عظم آسا بافت گرد عظمہ کے نیچے بھی معمول کے نسبت زیادہ مقداروں میں موجود ہوتی ہے، جو بے قاعدہ تودے یا پشتے بناتی ہے اور اس طرح لمبی ہڈیوں کے تیز زاویے، کنارے اور اُبھار زائل کردیتی ہے، اور کھوپری کی غشائی ہڈیوں میں حبیدہ داری پیدا کردیتی ہے۔

جب اندمال واقع ہوتا ہے تو سب سے پہلے کیلیشیم کا جماؤ گرّی میں اُس مقام پر 579
ہوتا ہے جہاں عارضی تکلیس کا منطقہ ہونا چاہیئے تھا۔ یہ ابتداءً ایک پتلا بے قاعدہ خط ہوتا ہے، لیکن جیسے جیسے اندمال ترقی کرتا ہے دبیز ہوتا جاتا ہے، عظم آسا بافت میں کیلیشیم کے جماؤ پیدا ہوجاتے ہیں، اور بعد نامیہ کے اندر کی گرّی بتدریج غائب

ہو جاتی ہے۔

کساحتہ میں تمثیلی خرد بینی مظاہر یہ ہوتے ہیں کہ (۱) عظم آسا بافت کی مقدار کثیر موجود ہوتی ہے، اور (۲) ترتیب کے بجائے بے ترتیبی موجود ہوتی ہے۔

عضلات میں ڈھیلا پن اور ہزال ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ خون ثانوی عدم دمویت ظاہر کرے۔

علامات۔ اس شکایت میں ابتدا ہی میں دو علامتیں پیدا ہو جاتی ہیں جو ہمیشہ پائی جاتی ہیں۔ ایک علامت یہ ہے کہ بچہ رات کے وقت بے چین رہتا ہے، اپنے کپڑوں کو لاتیں مار کر ہٹا دیتا ہے، اور ٹانگوں اور ہاتھوں کو منکشف رکھ کر لیٹا رہتا ہے۔ دوسری علامت یہ ہے کہ جب وہ سو جاتا ہے تو اس کے سر اور گردن کے پاس پسینہ بکثرت آتا ہے، جس سے اس کا تکیہ شرابور ہو جاتا ہے۔ لیکن بقیہ جسم اکثر خشک رہتا ہے اور تپش طبعی ہوتی ہے۔ عظمی تغیرات کی پہلی علامت لمبی ہڈیوں کے سروں کی کلانی ہے۔ یہ کلانی کلائیوں کے مقام پر خوب نمایاں ہوتی ہے، جہاں زندیات اور کعبریات کے سرے موٹے ہو جاتے ہیں۔ اسی طرح ٹخنوں اور گھٹنوں کے مقام پر ہڈیوں کے سرے خوب موٹے ہو جاتے ہیں۔ اگر اس وقت سے جب کہ بچہ کھڑا ہونے یا چلنے لگ جاتا ہے، مرض بعد میں شروع ہو، تو بچہ کھڑا ہونا اور چلنا موقوف کر دیتا ہے اور، جیسا کہ مائیں کہا کرتی ہیں، "لڑکھڑا کر گر جاتا ہے"۔ اگر مرض اس سے جلد شروع ہو تو ممکن ہے بچہ اٹھارہ یا چوبیس ماہ کی عمر تک چلنا نہ سیکھے۔ دونوں حالتوں میں بچہ اس وقت چلنے کی کوشش کرنے لگتا ہے جب کہ ہڈیاں ابھی کامل طور پر متحجر نہیں ہوتیں، اور جسم کے وزن سے قصبیات اور فخذیات خمیدہ ہو کر کمان جیسی بن جاتی ہیں، اور ان کا انحداب عموماً باہر کی طرف اور سامنے کو ہوتا ہے۔ بعض اوقات قصبیات کے زیریں حصے پر ایک انحداب اندر کی طرف ہوتا ہے اور اس طرح دونوں پاؤں کے درمیان کا فاصلہ زیادہ چوڑا ہو جاتا ہے، اور اس حالت کی وجہ یہ ہے کہ بچہ فرش پر ہاتھ پاؤں پھیلا کر اوندھا لیٹے لیٹے چلتا پھرتا ہے اور پاؤں کو بحری شیر (sea lion) کے پچھلے پنکھوں کی طرح استعمال کرتا ہے۔ اس وقت جب کہ ابھی بچہ کھڑا نہ ہو سکتا ہو اگر وہ فرش پر رینگ رینگ کر

زیادہ چلے پھرے تو بدن کا وزن بازوؤں پر پڑتا ہے اور کعبریات، زندیات، اور عضدیات تناظراً خمیدہ ہوجاتی ہیں۔

سینہ میں پسلیوں اور ضلعی کُرّیوں کے مقاماتِ اتصال پر کلانی پیدا ہوجاتی ہے، اور وہاں گرہکوں کا ایک سلسلہ بن جاتا ہے، جو دونوں جانبوں پر عظم القص کے قریب پہلی پسلی سے شروع ہوتا ہے اور نیچے کے طرف اور پھر باہر کے طرف پہلو میں بارھویں پسلی تک جاتا ہے۔ اِسے سبحتِ اضلاع یا سُبحۂ کُساحت (rickety rosary) کے نام سے یاد کیا گیا ہے۔ ڈایافرام کے فعل سے تشوّہ پیدا ہوجاتا ہے، کیونکہ وہ پسلیوں کو اُن کے دربالوں کے مقام پر اندر کو چوس لیتا ہے جس سے عظم القص کے دونوں جانب ایک چوڑا میزاب پیدا ہوکر عظم القص غیر معمولی طور پر نمایاں ہوجاتی ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ مریض کبوتر سینہ ہوجائے۔ لیکن اکثر نیچے کی پسلیاں احشاء شکم کے اوپر پھیلی ہوئی ہوتی ہیں، اور ایک ابھرے ہوئے شکم کی بالائی محراب بنادیتی ہیں، اور یہ اُبھرا ہوا شکم اوپر کے تنگ سینہ سے نمایاں فرق ظاہر کرتا ہے، اور ایک عرضی نشیب (تجویف ہیریسن Harrison's sulcus:) کے ذریعہ اُس سے جُدا ہوتا ہے۔ آخر الذکر کم و بیش ڈایافرام کے قبّہ کے لیول پر ہوتا ہے، جہاں سینہ اندر کو بھنچا ہوا ہوتا ہے۔ یہ مختلف تشوہات اُس شعبی التہاب یا شعبی ذات الریہ کی وجہ سے اور بھی زیادہ شدید ہوجاتے ہیں جو عموماً اُن کے ساتھ موجود ہوتا ہے، اور سینہ کے اندر ہوا کے داخلہ میں مزاحم ہوتا ہے۔ یہ پیچیدگیاں خاص طور پر اس لئے خطرناک ہوتی ہیں کیونکہ پسلیوں کی نرم حالت کے باعث کھانسنے کا فعل ناقص ہوتا ہے، اور افرازاتِ شُش کے اندر جمع رہتے ہیں۔ حوض شیرخواری کے عالم میں عموماً کوئی تشوہ نہیں ظاہر کرتا، لیکن کساحتہ کی انتہائی اصابتوں میں حوضی روزن بہت بدشکل ہوکر زیادہ تر ساعتِ رملیہ کی قسم (hour-glass type) کا ہوجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ عورتوں میں بعد میں زچگی میں نہایت خطرناک مزاحمت پیش کرے۔

سر نہ صرف بڑے یافوخ، اور اکثر اکلیلی اور سہمی درزوں سے تناظر نتیجوں کے خطوط ظاہر کرتا ہے (صلیبی قسم کا جمجمہ =hot-cross bun type of skull)، بلکہ اس کے علاوہ کسی قدر مربع شکل اختیار کر لیتا ہے، قمہ چپٹا ہوتا ہے، اور جبہی اور

جانبی خطّے کسی قدر اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ نمایاں اصابتوں میں جمجمہ چہرے کے مقابلہ میں بہت بڑا نظر آتا ہے اور اکثر کھوپری کا محیط زیادہ ہوتا ہے۔ جمجمی ھزال (craniotabes) کا نام اُن نرم رقبوں کو دیا گیا ہے جو کھوپری پر ناقص تعظم کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں اور خاص کر درزوں کے حاشیوں کے برابر برابر پائے جاتے ہیں۔ دوسری علامت یہ ہے کہ دانتوں کے نکلنے میں تاخیر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ پہلا دانت بجائے چھٹے یا ساتویں مہینے میں نکلنے کے گیارھویں یا بارھویں مہینے تک نہ نکلے۔ اور ممکن ہے کہ دانتوں کے نکلنے کی ترتیب میں بہت سی بیقاعدگیاں ظاہر ہوں۔ دائمی دانتوں پر بھی اثر پڑتا ہے۔ اُن کا مینا ناقص اور نرم ہوتا ہے اور کیلسیمی مافیہ کم ہو جاتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ نوعمر بچوں میں دندانی بوسیدگی (dental caries) کی وجہ یہ ہے کہ بچہ کی غذا میں یا دورانِ حمل میں اُس کی ماں کی غذا میں حیاتین د (vitamin D) کی کمی ہوتی ہے (9)۔ 580

انتہائی اصابتوں میں تمام ہڈیوں کی بالیدگی رُک جاتی ہے اور تحمید گی کی وجہ سے وہ کوتاہ بھی ہوتی ہیں۔ اور ممکن ہے کہ آٹھ یا دس برس کی عمر کے بچے تین سال والوں سے زیادہ اونچے نہ ہوں۔ نیز ہڈیاں معمول کی نسبت زیادہ خستہ ہوتی ہیں اور ان میں خلیز رانی کسر (green-stick fractures) ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ رباطات میں قطعی رخوت اور عضلات میں زیر تنیدگی ہوتی ہے، چنانچہ مفاصل میں غیر معمولی حرکت پذیری موجود ہوتی ہے (رسن بازی کساحت: acrobatic rickets)۔ جگر اور طحال بہ آسانی محسوس ہوتے ہیں، کیونکہ سکڑا ہوا سینہ اُنھیں نیچے دھکیل دیتا ہے اور عضلات شکم کا اُنھیں کافی سہارا نہیں ملتا، اور شکم غیر معمولی طور پر بروز کئے ہوئے ہوتا ہے (قلّہ سای شکم = pot belly)۔ ممکن ہے کہ بھوک بہت اچھی ہو اور بہت سے کساحتی بچے شحم کا کامل بلکہ حد سے زائد نمو ظاہر کرتے ہیں (شحمی کساحت = fat-rickets) لیکن شدید اصابتوں میں عدم دمویت موجود ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ عصبی نظام خطرناک طور پر ماؤف ہو۔ کساحتی بچوں میں رضیعی تشنجات کا بہت امکان ہوتا ہے جن میں وہ شکلیں بھی شامل ہیں جن کو صرصری تشنج الحنجرہ (laryngismus stridulus) اور تکزز (tetany) کہتے ہیں۔

حنجری تشنج کے ساتھ اکثر و بیشتر خواش پذیری یا امارت واسٹیک (Chvostek's sign) موجود ہوتی ہے، جس میں چہرے کے حرکی اعصاب کی اوپری شاخوں پر آہستہ سے تھپکنے سے تناظر عضلات کا انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔ نیز کساحتی بچوں میں دوسرے بچوں کے نسبت وہ خرابی کسیقدر زیادہ ہی ہوتی ہے جیسے سر پیش جنبانی (head-nodding) یا سر ہلانا (head-shaking) (کلبوی تشنج = spasmus nutans) کہتے ہیں، اور جس کے ساتھ اکثر رقص مقلہ بھی پایا جاتا ہے۔ یہ شکایتیں چار ماہ سے لے کر ایک سال کی عمر والے بچوں میں ہوا کرتی ہیں اور موسم سرما میں کمروں کی ناقص روشنی کی وجہ سے ہو سکتی ہیں، اور اس طرح ان کا مقابلہ کان کنوں کے رقص مقلہ (miner's nystagmus) سے کیا جا سکتا ہے۔

کساحتی بچے ایسے علامات میں بھی مبتلا ہوتے ہیں جن پر داء الحفر کا گمان ہوتا ہے، مثلاً ہڈیوں کی الیمیت۔ یہ کوئی تعجب کی بات نہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ غذا میں حیاتینوں کی عام طور پر کمی ہو۔

تشخیص۔ اس میں شاذ ہی مشکلات پیش آتی ہیں۔ بعض اوقات چلنے کی ناقابلیت کی وجہ سے شلل صبیانی (infantile paralysis) (التہاب رماد النخاع مقدم = anterior poliomyelitis) کا شبہ پیدا ہو سکتا ہے، لیکن جوارح کو کم از کم حرکت دی جا سکتی ہے، اور ہڈیوں کے تشوہات سے صحیح پتہ چل سکتا ہے۔ آتشکی التہاب برنامیہ (syphilitic epiphysitis) اور داء الحفر ماؤف ہڈیوں میں بڑا درد اور الیمیت پیدا کر دیتے ہیں۔ بلازمائی فاسفیٹیز (phosphatase) کساحت کی ایک ابتدائی دلالت بہم پہنچاتا ہے، کیونکہ وہ بڑھ جاتا ہے۔

لاشعاعوں سے مرض کی وسعت اور شفایابی کی ترقی کی تشخیص کا قابل قدر ذریعہ حاصل ہوتا ہے (2)۔ شدید کساحۃ (صحیفہ ۹۴) میں زیادہ نازک سروں کی کلس ربودگی، شبکی ہڈی کی ساخت میں بھونڈا پن پیدا کر دیتی ہے، اور از اں بعد جب کہ یہ عمل زیادہ ترقی یافتہ ہو جاتا ہے، یہ ہڈیاں بہ مشکل نرم بافتوں سے تمیز کی جا سکتی ہیں۔ یہ مناظر مختلف ہوتے ہیں بلحاظ اس امر کے کہ (۱) کس ہڈی کا

امتحان کیا گیا ہے۔ مثلاً صفحہ ۴۶ میں عضدیہ کا سراوہ کھردرا منظر نہیں پیش کرتا جو کعبریہ اور زندیہ کے سرے پیش کرتے ہیں۔ (۲) بلحاظ اس امر کے کہ بچہ باوجود مرض کے اب بھی خاصہ فعال رہ سکتا ہے۔ ایسی حالت میں، اگر کعبریہ کے زیریں سرے کا امتحان کیا جائے تو دیکھا جائے گا کہ اس کا تیز برنامی خط غائب ہو گیا ہے، درنامیہ کا زیریں سرا جانباً پھیلا ہوا ہے، کلس رُبائی کا عمل مرکز کے مقام پر زیادہ سرعت کے ساتھ واقع ہوا ہے، جس سے ڈنڈی کا سرا پیالہ نما ہو گیا ہے۔ جب بچہ غیر فعال ہو تو یہ کھردرا منظر کم ہوتا ہے، کھوکھلا پن یا جانبی پھیلاؤ نہیں ہوتا، لیکن درنامیہ اور برنامیہ کا درمیانی فاصلہ زیادہ ہوتا ہے۔ اندمال کے آغاز میں (صفحہ ۴۷) عارضی تکلیس کے منطقہ میں تکلیس کا ایک نیا خط نمودار ہوتا ہے، جو طبعی ہڈی کے برنامی خط کا قایم مقام ہوتا ہے۔ درنامیہ سے اس کا فاصلہ عظم آسا بافت کی چوڑائی پر منحصر ہوتا ہے اور مرض کی مدت کے لحاظ سے راست طور پر اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ بتدریج درمیانی فضا خطوط کی شکل میں ہڈی سے پُر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ اندمال واقع ہونے کے بعد طویل عرصہ تک کثیف بیش تکلیس یافتہ بعد نامیہ میں اور اس کے قرب وجوار کی ڈنڈی کی شکلی بافت میں ایک نمایاں فرق نظر آئے (صفحہ ۴۸ کا مقابلہ طبعی صفحہ ۴۹ کے ساتھ کرو)۔

انذار۔ بالعموم اس مرض سے شفا ہو جاتی ہے، اور ہڈیاں بالآخر بالکل سخت اور ٹھوس ہو جاتی ہیں۔ لیکن اگر تشوہات معتد بہ ہیں تو وہ دائمی طور پر باقی رہیں گے۔ زندگی کو خطرہ پیچیدگیوں کے باعث ہوتا ہے، بالخصوص شعبی التہاب سے جس کے ساتھ ہبوط الریہ ہو، تشنجات سے اور صرصری تشنج حنجرہ سے۔

تحرمیز۔ سب سے زیادہ اہم امر یہ ہے کہ بچہ کو درست طور پر غذا دی جائے۔ اس کا قدرتی طریقہ، چھاتی کا دودھ پلانا ہے، اور اگر دودھ کی مقدار کافی ہے اور ماں ایک مختلف الاقسام غذا استعمال کرتی ہے جس میں تمام معین غذائی عوامل شامل ہیں تو بچہ کو کساحتہ یا دوسرے قلتی امراض ہونے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ اگر گائے کا دودھ استعمال کیا جاتا ہے تو کاڈلیور آئیل بھی دینا چاہیئے تاکہ حیاتین د (vitamin D) پہنچتی رہے۔ ایسی غذا میں کیلیئم اور فاسفورس کی مقدار کافی ہو گی۔ وہ بچہ جسے

581



ایک ۱۱ ۳/۴ ماہ کے بچے میں شدید کساحت۔ ذراعیہ، کعبریہ اور زندیہ کے درنامیہ کی بھونڈی ساخت، فخذیہ قصبیہ اور شظیہ کے غیر واضح بعد نامیات، اور زندیہ کے زیریں بعد نامیہ کا فنجان نما منظر، اور فخذیہ اور قصبیہ کے برنامیات کی تقریباً مکمل شفافیت ملاحظہ کی جائے۔ یہ عکسی تصویر وائنا میں Rontgen Labortorium of the Kinderklinic میں ڈاکٹر وِمبرگر (Dr. Wimberger) نے لی ہے (Vorst Prof. Pirquet) اور مس ایچ چک اور میڈیکل ریسرچ کونسل کی اجازت سے پیش کی جاتی ہے۔

بالمقابل صفحہ 580



وہی بچہ ایک ماہ کے بعد، جس میں اندمال کا آغاز نظر آتا ہے۔ بعد نامیات کے بعدی حصوں میں تکلیس کے نئے منطقے اور برنامیات کی زیادہ عنبیت ملاحظہ کئے جائیں۔ یہ عکسی تصویر وانا میں Rontgen Laboratorium of the Kinderklinic میں ڈاکٹر ومبرگر نے لی ہے (Vorst Prof. Pirquet) اور مس ایچ چک اور میڈیکل ریسرچ کونسل کی اجازت سے پیش کی جاتی ہے۔

بالمقابل صفحہ 580



وہی بچہ مزید ۳۴ دن کے بعد۔ ورنامیات کے مقابلہ میں بعد نامیات کی زائد عتمیت ملاحظہ ہو جو فخذیہ اور زندیہ کے زیرین سرے کی صورت میں خاص طور پر ظاہر ہے۔ یہ عکسی تصویر وانتایس Rontgen Laboratorium of the Kinderklinic پر ڈاکٹر ومبرگر نے لی ہے (Vorst Prof. Pirquet) اور مس ایچ چک اور میڈیکل ریسرچ کونسل کی اجازت سے پیش کی جاتی ہے۔

بالمقابل صفحہ 580



بازو اور ٹانگ ایک طبعی بچہ کا جو کہ ۱۴ ماہ کی عمر کا ہے۔ درنامیات کی ساخت، ان کے واضح طور پر متمیز سرے (بعدنامیات) اور بعض برنامیات میں عظمی تکوین کا ظہور ملاحظہ ہو۔ یہ عکسی تصویر وائنا میں Rontgen Laboratorium of the Kinderklinic میں ڈاکٹر ومبرگر (Dr. Wimberger) نے لی ہے (Vorst Prof. Pirquet) اور مس ایچ چک اور میڈیکل ریسرچ کونسل کی اجازت سے پیش کی جاتی ہے۔

درست قسم کی غذا ملتی ہو اپنے ہاتھ پاؤں اور جسم کی حرکات سے خود بخود کافی ورزش کرتا رہے گا۔ اُسے خوب ترویح شدہ کمروں میں رکھنا چاہیئے اور بلاناغہ باہر تازہ ہوا میں لیجانا چاہیئے اور حتی الامکان سورج کی روشنی خوب دینا چاہیئے۔

علاج ۔ تشعیع زدہ ارگواسٹیرال (irradiated ergosterol) کو "ریڈیوسٹال" ("radiostol") (روزانہ ۱۵ قطرے) کی صورت میں دے سکتے ہیں یہ دانتوں کی بوسیدگی کا علاج کرنے کے لئے بھی مفید ہے۔ حیاتین د کی قلت کے ہمراہ حیاتین الف کی قلت بھی پائی جاتی ہے۔ "ریڈیواسٹولیئم" ("radiostoleum") اور "ریڈیومالٹ" ("radiomalt") ایسی تجہیزات ہیں جن میں حیاتین الف اور د دونوں موجود ہیں۔ کاڈلیور آئیل، سادہ یا متحلب کی شکل میں، دوسری مفید دوا ہے۔ یہ روزانہ تین بار غذا کے بعد دیا جاسکتا ہے۔ سادہ تیل کی مقدار خوراک چھ ماہ کے شیرخوار بچہ کے لئے ۱۵ قطرے، بارہ ماہ کی عمر تک ۲۰ قطرے، اٹھارہ ماہ یا دوسال کی عمر تک ½ ڈرام، اور اس سے زیادہ عمر کے بچوں کے لئے ایک ڈرام ہے۔ علاج کا دوسرا طریقہ سورج کی روشنی میں منکشف کرنا ہے جو ظاہر ہے کہ (باستثنا رعیر العلاج اصابتوں کے) کم تشفی بخش ہے، کیونکہ اس کی معتاد نسبتہً غیر معین ہے۔ اگر سورج کی روشنی موجود نہ ہو تو ماورائے بنفسجی روشنی کے مصنوعی ذرایع میں تکشف کرنا چاہیئے، مثلاً پارے کے بخار کے کوارٹز لمپ (mercury vapor quartz lamp) ٹنگسٹن کے قوسی لمپ (Tungsten arc lamp) وغیرہ میں۔ تازہ ہوا بہ افراط دینی چاہیئے۔ کساحت سے شفایابی کے بعد جوارح کے جو تشوہات باقی رہ جائیں، اگر وہ انتہائی درجہ کے ہوں تو اُن کا جراحی علاج کرنا چاہیئے۔

کلوی کساحت (کلوی قزمیت = renal dwarfism) ۔ کم عمر لوگوں میں کلوی وظیفہ کے شدید نقص کے ہمراہ، خون میں بلند فاسفورسی مافیہا پایا جاتا ہے۔ کیلیسم کا عدد اختلاف پذیر ہے، لیکن بہ نسبت فاسفورس کے وہ ہمیشہ پست ہوتا ہے۔ کیلسیم ہڈیوں سے منتقل ہوجاتا ہے، اور خون میں کے نقص کی تلافی کرتا ہے۔ نشوونما کے زمانوں میں ہڈیوں کے برنامی سرے سب سے زیادہ متاثر ہوتے ہیں۔

شعاعیاتی منظر (6) کے لحاظ سے تین قسمیں پائی جاتی ہیں: — (۱) ذبولی

(atrophic) قسم جس میں پوری ہڈی بشمول قشرہ کے، ناقص تکلیس ظاہر کرتی ہے۔ ممکن ہے کسر موجود ہوں۔ (۲) نرھوری (florid) قسم ممیز کساحتی بناوٹ رکھتی ہے۔ (۳) روئیں دار نقطہ دار یا شہد کے چھتے کی سی قسم، جس میں بعد نامیہ اس سے گہرا ہوتا ہے کہ جتنا معمولی کساحت میں ہوتا ہے، اور تکاثر کرنے والا غضروف زیادہ بے قاعدہ اور پھٹا ہوا ہوتا ہے۔ جمجمہ کا منظر بسا اوقات پیجیٹ (Paget) کے مرض کی یاد دلاتا ہے۔

نشو و نما رک جاتا ہے۔ ثانوی صنفی خصائص تاخیر سے نمو یاب ہوتے ہیں۔ تشنگی اور کثرت بول نمایاں علامات ہیں۔ رنگ پھیکا ہوتا ہے۔ جھری دار چہرہ بچہ کی عمر اس کی اصل عمر سے زیادہ ظاہر کرتا ہے۔ پیشاب پھیکے رنگ کا ہوتا ہے، اس کی کثافت نوعی پست ہوتی ہے، اور اس میں البیومن کا ایک شائبہ پایا جاتا ہے۔ ہڈیوں کے تغیرات خود کو شدید کساحت یا ٹانگوں کے تقوس کی صورت میں ظاہر کرتے ہیں، لیکن زیادہ عام طور پر رَوَح الرکبہ (genu valgum) کی صورت میں۔ آغاز مرض کی عام عمر پانچ سے سات سال ہے، لیکن ولادت پر واقع ہونے والی، یا نہایت دیر میں، یہاں تک کہ سترھویں سال واقع ہونے والی اصابتیں بیان کی گئی ہیں۔ ممکن ہے ہڈیوں میں اندمال واقع ہو جائے، لیکن یہ مرض، یوریا دمویت یا بین رو مرض سے ہمیشہ مہلک ثابت ہوتا ہے۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ گردوں کا مرض، احتباس بول کے ساتھ بولی خطہ کے اتساع کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے، لیکن بعض اصابتیں درج ہیں کہ جو پیدائشی دویری مرض اور دو جانبی کلوی حصوات کے ہمراہ پائی گئیں، اور تعجب نہیں کہ تسع خطہ بولی پیشاب کا سیلان بڑھ جانے کا ثانوی نتیجہ ہو، جیسا کہ ذیابیطس ملیح میں۔

معمولی ضد کساحتی علاج، فاسفیٹز کے انجذاب کو بڑھا کر حالت کو اور خراب کر دیتا ہے، لہذا یہ ممنوع ہے۔

لینۃ العظام

(osteomalacia:mollities ossium)

یہ بالغوں کا، اور تقریباً خالصتاً عورتوں کا مرض ہے، جو حیاتین D (vitamin D) کی کمی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ لہذا یہ کساحت سے قریبی طور پر مماثل ہے۔

بحث اسباب۔ ہندوستان کی لڑکیوں اور عورتوں میں جو دیہات میں آزادانہ طور پر دوڑنے پھرنے کے بعد شادی کے بعد پردے میں بند کر دی جاتی ہیں، اصابتوں کا ایک سلسلہ بیان کیا گیا ہے جو یہ بتاتا ہے کہ کس طرح تاخیر پذیر کساحت (late rickets) جو عموماً بارہ اور سترہ سال کی عمروں کے درمیان ہوتی ہے، لینتِ عظام میں منتقل ہو جاتی ہے، جو بعض اوقات نہایت جلد یعنی سولہ سال کی عمر میں شروع ہو جاتی ہے لیکن ممکن ہے کہ سن یاس کے بعد نمویاب ہو جائے۔ تکزز (tetany) ان دونوں میں واقع ہو سکتا ہے، اور تاخیر پذیر کساحت اور لینتِ عظام اسی مریضہ میں بہ یک وقت موجود ہو سکتے ہیں (7)۔ لینتِ عظام ۱۹۱۸ء میں وائنا میں بھی دیکھی گئی (8)۔ اس کے مریض روٹی اور سبزیوں پر اور ساتھ ہی آٹے اور شکر کی قلیل مقداروں، اور کبھی کبھی قدرے سؤر کی چربی کی غذا پر بسر کر چکے تھے، اور یہ یاد رکھنے کے قابل ہے کہ اسی زمانہ میں کساحت اور تاخیر پذیر کساحت بھی وائنا کے نو عمر بالغوں میں غیر معمولی طور پر عام تھی۔ لینتِ عظام عام طور پر دورانِ حمل میں ہوا کرتی ہے، جب کہ حیاتین D کی کوئی قلت قدرتی طور پر نہایت نمایاں اثر پیدا کر دیتی ہے، یہی وجہ ہے کہ زمانہ گذشتہ میں اس کے علاج کے لئے بیضین کا استیصال کر دینے کی سفارش کی جاتی تھی۔

مرضی تشریح۔ ممکن ہے کہ ہڈیاں اسقدر نرم ہوں کہ انھیں چاقو سے کاٹا جا سکے یا ان میں انگلی سے گڑھا پڑ سکے۔ تقریباً ساری ہڈی ایک نرم چربیلے تودے یا گودے نما مادے میں متبدل ہو جاتی ہے، بہ استثناء شاید ٹھوس بافت کے ایک پتلے خول کے جو گردِ عظمہ کے عین نیچے ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ خود دبیز شدہ گردِ عظمہ کے سوائے اور کچھ باقی نہ رہے۔ خردبین کے نیچے یہ تغیر معلوم ہوتا ہے کہ پہلے ہڈی کی

قدرتی دقیق ساخت میں خلط ملط پیدا ہو جاتا ہے۔ ہیورسی نظامات ایک دوسرے کے ساتھ متحد ہو جاتے ہیں، اور پھر ایک قنال کے گرد کے اندرونی ترین حلقوں سے ملحات کا انجذاب واقع ہوتا ہے، چنانچہ جرم جیلاتینی اور شفاف ہو جاتا ہے۔ جیسے جیسے یہ تغیر اس سے بھی باہر کے حلقوں میں واقع ہوتا ہے، اندرونی ترین حلقے بالکل جذب ہو جاتے ہیں، حفرے بھی اپنی شکل و جسامت بدل دیتے ہیں، اور بالآخر ہیورسی نظامات تلف ہو جاتے ہیں۔ ہڈی اسفنجی اور مسامدار ہو جاتی ہے (مسامیت عظام =osteoporosis) اور کلانی یافتہ لبتی فضائیں ایسے گودے سے پُر ہو جاتی ہیں، جو شحمی یا لمف آسا ہوتا ہے اور جس میں عفریتی خلیات اور عظمی ناہضات ہوتے ہیں۔ اس میں تازہ نزف ہوتے ہیں اور لون پایا جاتا ہے جو خون کے ماسبق انصبابات سے پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعض مقامات میں لُب جیلاتینی یا آبی ہو۔ ہڈیوں کے کیمیائی تجزیہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ غیر نامیاتی اجزا ۶۰ فی صدی سے گھٹ کر ۳۰ فی صدی ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ پہلی علامت درد ہے، جو خاص کر قطنی عجزی خطے اور کولھوں میں محسوس ہوتا ہے اور نیچے ٹانگوں میں، ریڑھ کی ہڈی میں، اور پسلیوں میں پھیل جاتا ہے، اور کبھی کبھی جوارح بالا میں بھی لیکن ایسا نسبتًہ کم ہوتا ہے۔ دبانے سے ہڈیاں الیم پائی جاتی ہیں، اور حرکت کرنے پر بہت درد ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ چال ممیز طور پر اکڑی ہوئی اور بطخ کی طرح ہوتی ہے، اور مریضہ حتی الامکان ہاتھوں کا استعمال زیادہ کرتی ہے تاکہ اُسے حرکت کرنے میں مدد ملے۔ وہ نڈھال رہتی ہے، اس کا کوئی کام کرنے کو جی نہیں چاہتا اور عضلی کمزوری بہت ہوتی ہے۔ چلنے میں دقت ہونے کی وجہ سے وہ صاحب فراش ہو جاتی ہے۔ مفاصل میں درد نہیں ہوتا۔ رفتہ رفتہ مریضہ کی شکل و شباہت میں تغیر دیکھا جاتا ہے، اور عمود الفقرات کے گول ہو جانے یا جوارح کے جُھک جانے کی وجہ سے اس کا قد چھوٹا ہو جاتا ہے۔ پھر کسی دن بلا کسی ظاہر سبب کے، یا خفیف سا زور پڑنے پر ایک ہڈی ٹوٹ جاتی ہے۔ بالعموم یہ کسر محض ناقص طور پر مندمل ہوتا ہے، اور بالآخر دوسری ہڈیاں ٹوٹ جاتی ہیں۔ مزید برآں لمبی ہڈیاں حیرت ناک درجہ کی خم پذیری ظاہر کرتی ہیں، چنانچہ وہ نہایت

عجیب عجیب وضعوں میں خمیدہ ہو سکتی ہیں، اور زیادہ اوپری ہڈیوں میں اُنگلی سے گڑھا پڑ سکتا ہے ۔ پسلیوں کی نرماہٹ کی وجہ سے صدر مشوّہ ہوتا ہے، جس کی وجہ سے کُبَر واقع ہو سکتا ہے ۔ شاذ اصابتوں میں کھوپڑی کی ہڈیاں نرم ہو سکتی ہیں ۔ تکمز بھی واقع ہو سکتا ہے ۔

مرض کی رفتار مزمن ہوتی ہے اور وہ عموماً پانچ سے دس سال تک جاری رہتا ہے ۔ موت اکثر اس طرح واقع ہوتی ہے کہ ہڈیوں کی نرماہٹ کے باعث تنفس میں دقت ہو کر خستگی پیدا ہو جاتی ہے، یا موت شُعبی ذات الریہ کا نتیجہ ہوتی ہے جس کے وقوع میں تشوہ ممد ہوتا ہے ۔ بعض اوقات موت زچگی کے دوران میں اس وجہ سے واقع ہو جاتی ہے کہ ٹیڑھے (منقار دار = rostrate) حوض میں جنین کے گزرنے میں تسدد واقع ہوتا ہے ۔

تشخیص ۔ اُس وقت جب کہ ہڈیوں میں تغیرات ظاہر ہو چکے ہوں یہ مشکل نہیں ہوتی ۔ اِس سے پہلے کے علامات پر ریثیت کا غلط گمان ہو سکتا ہے ۔ خود بخود واقع ہونے والے کسور ہڈیوں کے لحمی سلعہ (sarcoma)، سرطانی سلعہ (carcinoma)، لیفی دویری مرض (fibrocystic disease)، اور متعدد لبیّ سلعہ (multiple myeloma) میں بھی پائے جاتے ہیں ۔

علاج ۔ حیاتین د دینی چاہیے، اسی طرح جس طرح کہ کساحت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے ۔

حوالہ جات

583

References

1	H. N. Green and E. Mellanby	1928	*Brit. Med. Journ.*, ii., p. 691.
2	H. Chick, E. J. Dalyell, M. Hume, H. M. M. Mackay and H. Wimberger ..	1922	*Lancet*, i., p. 7.
3	N. Burgess and A. A. Osman ..	1924	*Lancet*, i., p. 281.
4	D. B. Blacklock ..	1924	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 1046.
5	K. F. Wenckebach ..	1928	*Lancet*, ii., p. 265.
6	L. G. Parsons ..	1927	*Arch. Dis. Child.*, 2, p. 5.
7	Grace Stapleton ..	1925	*Lancet*, i., p. 1119.
8	E. J. Dalyell and H. Chick ..	1921	*Lancet*, ii., p. 842.
9	E. Mellanby ..	1926	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 515.
	M. Mellanby and C. L. Pattison	1928	*Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1079.
10	A. Ellis and H. Evans	1933	*Quart. Journ. Med.*, ii., p. 231.
11	T. Redman ..	1929	*Biochem. Journ.* 23, p. 256.
12	C. Funk ..	1912	*Journ. State Medicine*, 20, p. 341.
13	W. H. Wilson ..	1921	*Journ. Hygiene*, 22, p. 1.

بعض مزمن تسمّم

الکحلیت

(ALCOHOLISM)

حاد الکحلیت ۔ بدمستی یا مخموری کے علامات جو الکحل کی بہت زیادہ مقدار لینے سے پیدا ہو جاتے ہیں سب کو معلوم ہیں، اور جب الکحل نظامِ جسم میں سے گزر جاتی ہے تو یہ عموماً رفع ہو جاتے ہیں ۔ تاہم کبھی کبھی شراب کی بڑی مقداروں کے لینے سے ان لوگوں میں جو کہ اس کے عادی نہیں ہوتے مہلک نتیجہ پیدا ہو سکتا ہے ۔ اس سے پہلے کہ یہ ہو، بے ہوشی طاری ہو جاتی ہے، پتلیاں سُست یا غیر متحرک، اور عموماً پھیلی ہوئی ہوتی ہیں، نبض صغیر، جلد سرد اور چپچپی، اور تنفس شخیری ہوتا ہے، اور بعض اوقات ہذیان یا تشنجات طاری ہو جاتے ہیں ۔ نہایت ادنیٰ اندرونی تپشوں کا اندراج ہوا ہے گویا کہ مریض گھر سے باہر کھلا ہوا پڑا تھا ۔

بعض اوقات الکحل کی مقابلتہً تھوڑی مقداروں کے ادخال سے بالخصوص حساس اشخاص میں غیر معمولی تعاملات، مثلاً وحشیانہ جوش و خروش اور تشدد (ہذیان السکاری=mania a potu) کا ظہور ہوتا ہے ۔

مئے مانیا (dipsomania) ایک نوبتی کثرتِ شراب نوشی ہے، جس میں ایسے اشخاص مبتلا ہوتے ہیں جو درمیانی وقفوں میں اعتدال سے شراب پیتے بلکہ اس سے قطعی محترز رہتے ہیں ۔ بعض اوقات کثرتِ شراب نوشی کے متوالی حملے مانیائی انخفاضی داء النفس (manic-depressive psychosis) کی ہیئتوں کا علامتی اظہار ہوتے ہیں ۔ کبھی یہ حملے صرعی وارِدہ (episode) کی علامت ہوتے ہیں ۔ لیکن بیشتر اوقات یہ ایک غیر مستقل مزاج داء النفسی مریض کی مجبیت کے آئینہ دار ہوتے ہیں

جو خانگی مشکلات یا کاروباری مشکلات یا اپنے ذاتی معاملات میں اور طرح کی مشکلات سے تنگ آ کر وقتاً فوقتاً پینے لگتا ہے۔ درمیانی وقفوں میں مریض عموماً یہ خوب جانتا ہے کہ اس نے بہت کثرت کے ساتھ شراب پی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ اس کا اعتراف کرنے سے انکار کرے، یا مبہم طریقہ سے اعتراف کرے۔ اسی وجہ سے علاج مشکل ہوتا ہے۔ مزمن الکحلیت۔ اس کے اثرات بقیہ فصل میں بیان کیے گئے ہیں۔

مرضی تشریح ۔ مزمن الکحلیت میں دماغ کی جھلیاں عموماً غیر شفاف اور دبیز ہوتی ہیں، اور عصبی خلیوں اور ریشوں کے ضیاع کی وجہ سے تلافیف افسردہ اور مذبول ہو جاتے ہیں۔ محیطی اعصاب کے التہاب (peripheral neuritis) اور کبدی کہبت (hepatic cirrhosis) وغیرہ میں جو تغیرات پائے جاتے ہیں، دوسری جگہ بیان کیے گئے ہیں۔ ھذیان سکاری (delirium tremens) اور حاد الکحلیت سے ہلاکت میں دماغی امتلا کے ساتھ چھوٹے قشری نزفات ہوتے ہیں۔ مزمن الکحلیت سے مختلف اعضا میں تغیر پیدا ہو سکتے ہیں، یعنی التہاب اعصاب محیطی، کورسکو (Korsakow) کا علائمیہ (ملاحظہ ہو صفحہ 653)، التہاب رماد الدماغ (polioencephalitis) مزمن التہاب معدہ، کہبت جگر، عضلی قلبی مرض، صلابت الشریان، اور اولی منقبض گردہ۔ یہ امراض کسی دوسری جگہ بیان کیے گئے ہیں۔

ہذیان سکاری

(delirium tremens)

یہ عموماً اُن لوگوں میں ہوتا ہے جو عادتاً آزادانہ طور پر پیتے ہیں، اور بالخصوص شراب خوری کے ایک شدید دور کے بعد ہوتا ہے۔ نیز اس کے علامات اُن اشخاص میں جن میں طویل کثرتِ شراب نوشی کی وجہ سے غیر معمولی برداشت پیدا ہو چکی ہے شراب کے ناگہانی پرہیز سے، یا کسی ایسی چوٹ سے جیسے کہ ہڈی کے کسر، یا ذات الریہ یا دوسرے حاد مرض کے حملہ سے، یا کسی دماغی صدمہ سے پیدا ہو سکتے ہیں۔

علامات ۔ ابتدائی علامات اچاٹ نیند، بے چینی، چڑچڑاپن اور عدم اشتہا

ہیں۔ اور اُچاٹ نیند کے ساتھ بُرے خواب اور کسیقدر ہذیان ہوتا ہے۔ صبح کے وقت
ممکن ہے کہ مریض صاف طور پر ماحول شناخت کر سکے، لیکن رات کے وقت اس پر ہذیانی
کیفیت طاری ہو جاتی ہے۔ دوسرے دن ہذیان جاری رہتا ہے اور اپنے مخصوص و
ممیز خصائص ظاہر کرتا ہے۔ مریض متواتر بولتا رہتا ہے اور یا تو اپنے آس پاس کے
لوگوں سے خطاب کرتا ہے یا توہمات کا جواب دیتا ہے۔ وہ اپنے کاروبار کے متعلق گفتگو
کرتا ہے (کاروباری ہذیان =occupation delirium)۔ بار بار ایک موضوع کو
بدل کر دوسرا موضوع اختیار کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایک لمحہ کے لئے اُس کی توجہ حاصل 585
ہو جائے لیکن وہ پھر جلد بے توجہ ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بستر سے اُٹھنے کی کوشش
کرے یا بستر کے کپڑے اِدھر اُدھر کھینچے۔ اس کے ساتھ ہاتھوں کی نمایاں لرزش ہوتی
ہے، بالخصوص حرکت کرنے پر؛ اور جب وہ بولتا ہے تو لب اور زبان میں لرزہ ہوتا
ہے۔ جوں جوں حالت خراب تر ہوتی جاتی ہے اُسے نہایت معیّن توہمات اور التباسات
ہوتے ہیں۔ وہ کمرے میں کی چیزوں یا دیوار کے کاغذ پر کی شکلوں کو جانور یا کیڑے سمجھتا
ہے۔ اسے ہمیشہ بلّیاں، کُتّے، چوہے، چوہیاں، یا کالے بھونرے اُس کے پیچھے
دوڑتے ہوئے یا بستر پر اِدھر اُدھر رینگتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ وہ بستر کے نیچے یا
پردوں کے پیچھے دیکھتا ہے، یا کسی پاس کھڑے ہوئے شخص کے پیچھے ٹکٹکی لگا کر
جھانکتا ہے، اور اس کو آس پاس کے لوگوں سے تضرر پہنچنے کا شبہ رہتا ہے۔
ممکن ہے کہ وہ کسی ایسے غلط خیال سے متاثر ہو کر پاس والوں کو مار دے۔ لیکن
عموماً تشدد کی کوشش نہیں موجود ہوتی۔

ذہنی اور عضلی اختلال کے ساتھ دوسرے علامات بھی ہوتے ہیں۔ چہرہ
سرخ تمتمایا ہوا، ملتحمات سرخ اور متدمع، اور زبان پر فرکی موٹی تہ ہوتی ہے، اور
جوں جوں مرض ترقی کرتا ہے زبان خشک ہو جاتی ہے۔ نبض سریع، لیّن، ابتداءً
ممتلی، اور بعد میں صغیر و ضعیف ہوتی ہے۔ تپش ۱۰۲ درجہ یا ۱۰۳ بلند ہو جاتی ہے،
اور کبھی کبھی تپ مفرط موجود ہوتی ہے (۱۰۶ درجہ یا زائد)۔ جلد عموماً تر ہوتی ہے،
بلکہ اس میں سے بافراط پسینہ نکلتا ہے۔ البیومن بولیت موجود ہوتی ہے، اور ممکن ہے
کہ جلد ہی عصب بصری کے التہاب (optic neuritis) کے علامات پیدا

ہو جائیں۔

تیسرے دن کے خاتمہ کے قریب، امید افزا اصابتوں میں بہت استمرار کے ساتھ، مریض کی حالت میں اصلاح نظر آتی ہے۔ اب تک نیند بالکل نہ تھی لیکن اب مریض سو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ آٹھ یا دس گھنٹے تک سوتا رہے، اور وہ بہت تازہ دم ہو کر جاگتا ہے، ہذیان اور لرزہ کم ہو جاتا ہے، اور بتدریج ہر لحاظ سے اصلاح نظر آتی ہے۔ زیادہ خطرناک اصابتوں میں نبض سریع و ضعیف، اور مریض منبطح ہوتا ہے۔ وہ بڑبڑاتا ہوا اور نیم قوماز دہ حالت میں پشت کے بل پڑا ہوا ہوتا ہے۔ موت خستگی سے، فشل قلب سے (اور یہ بعض اوقات ناگہانی ہوتا ہے)، یا ذات الریہ سے واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ ہذیان سکاری سے عمومی شلل مجانین (general paralysis of the insane) کی مشابہت ہو سکتی ہے۔ آخر الذکر مرض کے بعض طبیعی امارات، مثلاً حدقاتِ آرگائل رابرٹسن (Argyll-Robertson pupils)، بعض اوقات مزمن الکحلیت میں موجود ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو التہاب رماد الدماغ (polio-encephalitis)۔ لیکن عمومی شلل مجانین کا مکمل علامیہ نہایت شاذ ہوگا، اور بہرحال دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے تشخیص کا قطعی فیصلہ ہو جانا چاہیئے۔

علاج۔ مریض کو ایک تاریک کمرے میں حتی الامکان خاموش رکھنا چاہیئے اور وہاں ملاقاتی نہ آنے پائیں۔ اگر الکحل مقدار کثیر میں حال ہی میں لی گئی ہے، تو اس کو معدی نلی کے ذریعہ نکال ڈالنا چاہیئے۔ چونکہ الکحل کا اثر آکسیجن کو جوئے خون سے بافتوں میں منتشر ہونے سے روک دیتا ہے اور اس طرح بافتوں میں آکسیجن کا دباؤ گھٹا دیتا ہے، لہذا آکسیجن کا استنشاق، نقاب یا خیمہ کے ذریعہ، کرانے کی ضرورت ہے اور اس سے ہذیان کو موقوف کیا جا سکتا ہے۔ یہ امر اہم ہے کہ مریض کو نیند خوب آئے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 23)۔ بعض اوقات اس وقت جب کہ منومات تنہا بے کار ہوتے ہیں، الکحل کی تھوڑی مقدار کی اجازت دینے سے نیند آجائے گی۔ آنتوں کا فعل موثر طور پر ہونا چاہیئے۔

الکحلی وھمیت (alcoholic hallucinosis) یا تو ہذیان سکاری کا نتیجہ

ہوتی ہے، یا مزمن الکحلیت کے مریض ہیں از خود نمودار ہو جاتی ہے۔ مریض اپنے ماحول کو اچھی طرح پہچانتا ہے اور اس کے عقلی اور مجمع الحواسی افعال علی طور پر صحیح و سالم رہتے ہیں لیکن زیادہ تر سمعی وہمیت ہوتی ہے، بالعموم ایذا رساں قسم کی جس میں ہم صنفیت کی آمیزش ہوتی ہے۔ دوسرے حواس کے توہمات بھی موجود ہوتے ہیں، بالخصوص بوئیں اور لمسی فسادات حس، جن کی تاویل سمعی توہمات کے مافیہا کے موافق کر لی جاتی ہے۔ اکثر ان سمعی توہمات میں ماحول کی کسی حقیقی آواز کی لئے موجود ہوتی ہے، نیز اکثر مریض کو ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا لوگ براہ راست خود اسکے ساتھ گفتگو نہیں کرتے، بلکہ اس کے متعلق کرتے ہیں۔ توہمات اپنی ایذا رساں نوعیت کی وجہ سے کسقدر ڈر پیدا کرتے ہیں، اور ان سے بچنے کے لئے بعض اوقات خودکشی کا اقدام کیا جاتا ہے۔

بالعموم اس حالت کا حملہ عموماً حاد ہوتا ہے، اور ہفتوں یا مہینوں کے بعد اکثر کامل شفا ہو جاتی ہے۔ اس میں شبہ ہے کہ یہ حالت کہاں تک الکحلیت کا نتیجہ ہے۔ بہت سی اصابتوں میں یہ زیادہ تر مریض کی شخصیت ہی کا نتیجہ ہوتی ہے اور اغلب ہے کہ الکحلیت اور توہمات دونوں ہی مریض کی شخصیت کا علاماتی نتیجہ
ہوں۔ 586

توہماتی مافیہ کی خلاف معاشرتی نوعیت اور مریض کے رویہ پر اس کا اثر ابتدائی درجوں میں خودکشی کی ممکنہ کوششیں، نیز تحریک رساں الکحل سے پرہیز کی ضرورت، یہ جملہ امور مریض کے تیمارداروں کی کڑی نگرانی میں، عموماً دماغی امراض کے شفاخانہ میں رکھے جانے کی ضرورت ظاہر کرتے ہیں۔

مزمن الکحلیت

(chronic alcoholism)

علامات۔ عصبی نظام پر زہر کے اثرات کی پہلی دلالت عضلی لرزش ہے۔ ہاتھ کانپتے ہیں، اور جب زبان باہر نکالی جائے تو اس میں لرزہ ہوتا ہے۔ مریض بے چین اور چڑچڑا ہوتا ہے، اسے نیند اچھی نہیں آتی اور بیدار ہونے پر تازہ دم

نہیں ہوتا اور انبطاح کا احساس ہوتا ہے جس کی وجہ سے اُسے فی الفور محرکات کے استعمال کی ترغیب ہوتی ہے۔ اکثر اوقات اُسے جی ڈوبا جانے کی شکایت ہوتی ہے، جس کو رفع کرنے کے لئے وہ سمجھتا ہے کہ اُسے اپنے مرغوب مشروب کی تازہ مقداریں لینے کی ضرورت ہے۔ جوں جوں حالت ابتر ہوتی جاتی ہے مریض کوئی مسلسل دماغی محنت کرنے کے ناقابل ہوتا جاتا ہے۔ سادہ ترین کاروباری معاملہ کے لئے بھی اُسے پہلے ایک گلاس پی لینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ حسّی اختلالات بھی موجود ہو سکتے ہیں، جیسے کہ سر میں جھنجھناہٹ اور ریلنے کی آوازیں، دورانِ سر، تر مرے (muscæ volitantes) روشنی کی چنگاریاں، یا منتشر دردِ سر۔ ممکن ہے کہ ٹانگوں میں شدید وجع العصبی درد ہوں، جو شاید التہاب عصب کے ابتدائی امارات ہوتے ہیں۔ آخری درجوں میں ذہن خطرناک طور پر متاثر ہو جاتا ہے۔ قوت فیصلہ، عقلی استعداد، قوتِ ارادی، اور اخلاقی حس یہ سب کمزور پڑ جاتے ہیں۔ اپنے خاندان والوں کے متعلق بے پروائی کا اظہار، حقیقی بے رحمی، صنفی بداطواری، چڑچڑاپن جو وحشیانہ انفجار پیدا کر دے، کاروباری معاملات میں ناکارکردگی، اور بے توجہی اور اپنی حالت کا صحیح اندازہ کرنے میں غلطی یا بے پروائی، یہ سب مرض الکحلیت کے مریض کے ممیز خصائص ہوتے ہیں۔ رشک و حسد کے خیالات اور اپنی بیوی کی ناپاکبازی کا حقیقی اختباط بھی عام ہوتا ہے۔

پہلی علامتوں کے وقوع کے ساتھ اکثر معدے کے افعال میں خلل پیدا ہو جاتا ہے۔ مریض بستر سے اُٹھتے ہی قے کرتا ہے، کوئی ناشتہ نہیں کر سکتا، اور اُس کی بھوک عموماً کم ہوتی ہے۔ زبان فردار اور سانس بدبودار ہوتی ہے۔ آنکھیں متدمع ہوتی ہیں، اور ممکن ہے کہ چہرے پر زرد رنگت ہو۔ رفتہ رفتہ گالوں کی باریک وریدکیں پھیل جاتی ہیں، ناک موٹی اور سرخ ہوتی ہے، اور بعض اوقات گلابی تفطیر (rosacea) نمودار ہو جاتی ہے۔ چہرہ زیادہ زیادہ پھولا ہوا ہوتا جاتا ہے، اور متسع وریدکوں کے ساتھ کلف زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔

متذکرۂ بالا امراض کے علاوہ جو براہ راست الکحل سے پیدا ہو جاتے ہیں، اس کا امکان ہوتا ہے کہ یہ مریض کسی حاد مرض، جیسے کہ ذات الریہ یا سرخ بادہ سے بہت جلد ہلاکت کا نشانہ بن جائیں۔

علاج ۔ عموماً مریض یہ چاہتا ہے کہ شراب کے بارے میں اس سے اعتدال کی سفارش کی جائے نہ کہ کامل پرہیز کی ۔ مگر صرف کامل پرہیز ہی وہ اصول ہے جو اُسے الکحلیت سے باز رہنے کا موقع دے گا ۔ ایسے شفاخانہ یا تیمارخانہ میں چند ماہ کا قیام کہ جہاں طبیب کو یقین ہو سکتا ہو کہ الکحل میسر نہیں ہو سکتی، پرہیز کی عادت شروع کرنے کا موقع پیدا کرتا ہے ۔ اس کے ساتھ ہی طبیب کو چاہیئے کہ اس مسئلہ پر نفسیاتی علاج کے نقطۂ نظر سے بھی غور کرے ۔ اس سے مریض کو یہ سکھلایا جا سکتا ہے کہ اسے الکحل لئے بغیر اپنی مشکلات کا کس طرح مقابلہ کرنا چاہیئے ۔ اگر یہ نہ سکھایا جا سکے تو شراب نوشی کے معاشرتی یا دوسرے موقعوں کو محدود کر دینا اہم ہے ۔ چنانچہ دیکھا گیا ہے کہ ایک مخصوص شفاخانہ میں نفسیاتی علاج کے نصاب کے بعد اس قسم کے مریض جب کام پر واپس آتے ہیں اور ان کے مشاغل بدل دیئے جاتے ہیں، تو وہ شراب سے محترز رہتے ہیں ۔ جب مریض ہر قسم کے اشتراکِ عمل سے انکار کر دے تو الکحلیت کا علاج ناممکن ہو جاتا ہے، کیونکہ بہ استثنائے نہایت ترقی یافتہ درجوں کے، مریض اس قابل ہوتا ہے کہ ملاقات کے وقت معمولی رویہ ظاہر کرے لہٰذا اُس کے مجنون ہونے کا صداقت نامہ دینا غیر ممکن ہوتا ہے ۔

الکحلی جُنّتِ کاذب (alcoholic pseudoparanoia) عموماً ایک انشقاق الذہنی (schizophrenic) داءالنفس ہے، جس میں الکحلیت کی سرگذشت پائی جاتی ہے ۔ کورسکو (Korsakow) کا علائمیہ کسی دوسری جگہ بیان کیا گیا ہے ۔

تسمّم کاربن مان آکسائڈ

(CARBON MONOXIDE POISONING)

آج کل کوئلہ کی گیس (coal gas) خودکشی کا ایک مقبول و پسندیدہ ذریعہ ہے ۔ کوئلہ کی گیس کا استنشاق کرنے کے فوری اثرات دردِ سر، متلی اور قے ہیں، جس کے بعد نظر کا بڑھتا ہوا دھندلاپن اور پھر حاد عضوی ذہنی تعامل (mental reaction) یعنے ہذیان اور قوبا واقع ہوتا ہے ۔ ممکن ہے وسیع دردناک احمراری قطعات موجود ہوں ۔ اگر موت

نہ واقع ہو تو عموماً کامل شفا ہو جاتی ہے، لیکن بعض اصابتوں میں، عموماً چند دنوں یا ہفتوں کی ظاہری شفایابی کے بعد ایک مزمن عصبوی تعامل واقع ہوتا ہے، یعنی حافظہ بڑی حد تک جاتا رہتا ہے، توجہ ناقص ہو جاتی ہے، بصیرت چلی جاتی ہے اور رویہ خراب ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد ماسکی عصبیاتی آمارات (focal neurological signs) اور محیطی التہاب الاعصاب نمودار ہو سکتے ہیں۔ مزمن تسمم میں، جیسا کہ ان آدمیوں میں ہوتا ہے جو کہ گیس کے لپیٹ ازنکازات میں طویل مدتوں تک منکشف رہتے ہیں، مثلاً انجن خانوں (garages) میں کام کرنے والوں میں، خون کے ہیموگلوبن اور سرخ خلیات میں تعویضی زیادتی واقع ہوتی ہے۔

امراضیات - حاد درجوں میں CO - ہیموگلوبین کے ساتھ اس کا مخصوص ومميز طيف پیدا ہوتا ہے۔ دماغ میں نزفات واقع ہوتے ہیں۔ قلب، عضلہ، جگر اور دوسرے اعضا میں امتلاء، نزف کے ہمراہ یا اس کے بغیر، اور خلیات کا انحطاط اور ذبول واقع ہوتا ہے، اور یہ تغیرات آکسیجن کی احتیاج کا نتیجہ ہیں۔

علاج حاد درجہ میں یہ ہے کہ آکسیجن دی جائے جس میں ۵ فیصدی CO_2 کا آمیزہ شامل ہو، یا تنہا آکسیجن دی جائے۔ اس میں شک نہیں کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کا اضافہ حقیقتہً اہم ہے۔ اگر میسر ہو تو آکسیجنی خیمہ دینا چاہیئے۔ اگر ضرورت پڑے تو مصنوعی تنفس استعمال کرنا چاہیئے، حتی الامکان اس آلہ کے ذریعہ جو کہ کسی دوسری جگہ بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 44)۔

رصاصی تسمم

(LEAD POISONING)

رصاصیت (plumbism)

یہ اُن لوگوں میں واقع ہوتا ہے جنھیں رصاص یا رصاصی ملحات سے واسطہ پڑتا ہو خواہ ان اشیا کی تیاری میں یا اُن صنعتوں میں جن میں اِن کا استعمال کیا جاتا ہے۔ اس قسم کی صنعتیں طباعت، سیسہ کا کام (plumbing)، ٹائپ ڈھالنا، ٹائپ جمانا،

چینی کے ظروف یا ظروف گلی کی جلا کاری، گھروں کی نقاشی، اور برقی جامعات (electric accumulators) کی صنعت ہیں۔ نیز گھر کے نلوں یا خزانوں سے نوشیدنی پانی میں سیسہ کی آمیزش ہو کر یہ اتفاقی طور پر پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ آمیزش اس وقت ہوتی ہے جب کہ پانی سخت نہ ہو بلکہ نرم ہو۔ رصاصی تسمم اُس وقت بھی واقع ہوجاتا ہے جب کہ سیسہ کا استعمال ایک مسقط الحمل کے طور پر کیا جائے۔ وہ نظامِ جسم کے اندر تنفسی مخاطی اغشیہ، غذائی قنال، یا نہایت عام طور پر جلد کی راہ سے داخل ہوتا ہے۔ لیگی اور گوڈبی (Legge and Goadby) نے بتلا دیا ہے کہ اول الذکر راستہ نسبتہً بہت زیادہ عام ہے، اور ملحاتِ رصاص (lead salts) کا استنشاق باریک سفوف کی صورت میں کیا جاتا ہے، مثلاً مصوّروں (painters) میں اُس وقت جب کہ وہ پرانے وائٹ لیڈ (white lead) کے رنگ کو کھرچ ڈالنے کی ابتدائی کارروائی عمل میں لا رہے ہوں۔ رصاصی تسمم سے اثر پذیری بہت مختلف ہوتی ہے۔ مردوں کے بنسبت عورتیں زیادہ اثر پذیر ہوتی ہیں۔ فاقہ کشی، خراب صحت، سردی میں تکشف، اور کثرت شراب نوشی، نیز نقرس، آتشک، یا گردے کے مرض کی ماسبق موجودگی، اس کے حملے کا امکان زیادہ کر دیتی ہے۔

امراضیات - سیسہ پھیپھڑوں کی راہ سے جذب ہونے کے بعد خون کے اندر کولائڈی لیڈ فاسفیٹ (colloidal lead phosphate) کی شکل میں دورہ کرتا ہے۔ پھر وہ فاسفیٹ کی صورت میں ہڈیوں میں اور نسبتہً بہت کم مقداروں میں دوسری بافتوں کے اندر مذخور ہوجاتا ہے۔ جب وہ غذائی خطّے کی راہ سے جذب ہوتا ہے تو اُس کی کسیقدر زیادہ مقدار ہی جگر کے اندر پائی جاتی ہے، کیونکہ یہ سیسہ وہاں بابی دورانِ خون کی راہ سے منتقل ہو کر پہنچتا ہے۔ سیسہ کا اخراج خاص کر غذائی خطّے کی راہ سے ہوتا ہے، اور صفرا اُس کا ایک اہم حامل ہوتا ہے، کیونکہ جگر سیسہ کا افراز صفرا کے اندر کر دیتا ہے۔ سیسہ گردوں سے بھی پیشاب کے اندر خارج ہوتا ہے۔

علامات - حاد تسمم سیسہ کی بڑی مقداروں کے ناگہانی ادخال کے

بعد واقع ہو سکتا ہے۔ اِس کے علامات یہ ہوتے ہیں :- دردِ شکم، قے، اسہال، کمزوری
اور ہبوط؛ اور ممکن ہے کہ اتلافِ خون کی وجہ سے حاد عدمِ دمویت ہو۔ مزمن تسمم
میں چار ابتدائی علامتیں ہوتی ہیں؛ یعنے جِلد کا شحوب، رصاصی خط، منقّط اساس پسندی
اور ثانوی عدمِ دمویت۔

مسوڑھوں پر نیلا خط یا رصاصی خط ایک خاص تشخیصی اہمیت
رکھتا ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ سیسہ نظامِ جسم کے اندر داخل ہو گیا ہے۔ یہ ایک
سیاہ سلیٹ کے رنگ کا یا باریک نقطے دار خط ہے، جو دانتوں کے قریب بن جاتا ہے
یا توفی الحقیقت مسوڑھے کی کور پر یا عین اُس کے آزاد حاشیہ کے اندر لیکن یہ گال کے
اُس حصے میں بھی ہو سکتا ہے جو دانتوں کے مقابل ہوتا ہے۔ یہ عروق کے گِرد کی بافتوں
میں سلفائڈ آف لیڈ (sulphide of lead) کے جماؤ سے بنتا ہے۔ یہ سیسہ اور اِس
گندھک کے اتحاد سے پیدا ہوتا ہے جو کہ مسوڑھے کی کور پر کی اَلبیُومینی شئے (جو جزءً 588
"ٹارٹر" میں موجود ہوتی ہے) میں سے حاصل ہوتی ہے۔ جہاں دانت موجود نہیں
ہوتے یہ نیلا خط نہیں ہوتا، نیز اُس وقت بھی نہیں ہوتا جب کہ دانت غیر معمولی
طور پر صاف ہوں۔ یا ممکن ہے کہ وہ مسوڑھے کے اُنھیں حصوں میں نظر آئے جو
دانتوں کے درمیان اُٹھے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ نیلا خط رصاصیت کی کسی دوسری
علامت کے بغیر بھی موجود ہو سکتا ہے۔ نظامِ جسم کے اندر سیسہ کا ادخال بالکل موقوف
ہونے کے بعد یہ خط آٹھ دن سے لے کر تین ماہ تک بلکہ اِس سے بھی زیادہ طویل عرصہ تک
باقی رہتا ہے۔ رصاصی خط میں اور اُس نیلی بدرنگی میں جو جوفِ سنزی ریمی سیلان
(pyorrhœa alveolaris) کے نمایاں درجہ کے ساتھ ہوا کرتی ہے، فرق کرنا
چاہئے۔

منقّط اَساس پسندی رصاصی تسمم کی ابتدائی ترین اَمارات میں سے
ایک اَمارت ہے۔ سیسہ کی تاثیر یہ ہوتی ہے کہ نسبتۃً نوعمر جسیمات کے اَساس پسند
جرم سے ذرات بن جاتے ہیں۔ تمام سرخ خلیوں کی پوششی جھلی میں بھی لیڈ فاسفیٹ
(lead phosphate) جم جاتا ہے، اور اِس سے وہ سکڑ جاتے ہیں اور اُن کی نفوذپذیری
کم ہو جاتی ہے، نیز زیر تمشی مالح محلولات سے ان کا تقصف کم ہو جاتا ہے۔ باوجود اِسکے

یہ جھلی اسقدر بھر بھری ہوتی ہے کہ دورانِ خون میں خفیف سے ضربہ سے خلیے زیادہ آسانی کے ساتھ ٹوٹ پھوٹ جاتے اور ثانوی عدم دمویت پیدا کر دیتے ہیں، اور شدید عدم دمویت کی حالت میں خلوی لاتساوی، بوقلموں خلویت اور متعدد الوان پذیری موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ معتدل ابیض خلویت موجود ہو جس میں لمفی خلیے، بڑے یک نواتی خلیے اور ایوسین پسند خلیے تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں۔

مرض کے کسی بھی درجہ میں حاد حوادث یا سمی واردات واقع ہو سکتے ہیں، جیسے کہ قولنج، شلل، مرض الدماغ (encephalopathy)، اور بصری اضرار (optic lesions)، اور دوسرے تغیرات جو مزمن رصاصی تسمم میں پائے جاتے ہیں بتدریج قایم ہو جاتے ہیں، اور ان کا بیان بھی درج ذیل ہے۔

رصاصی قولنج (lead colic) - یہ معوی قولنج کی ایک شکل ہے۔ کچھ عرصہ تک خراب صحت رہنے کے بعد، جس میں اکثر متلی، قے اور ہمیشہ پہلا قبض ہوا کرتا ہے، مریض کے شکم کے زیریں حصہ میں یا ناف کے مقام پر شدید تشنجی درد کا حملہ ہوتا ہے۔ مریض سرد اور شاحب اور اکثر پسینہ سے شرابور ہو جاتا ہے۔ حملہ کے دوران میں عضلات شکم سکڑ جاتے ہیں، اور بہت سی اصابتوں میں زور سے دبانے سے درد میں کسیقدر تخفیف ہو جاتی ہے، لیکن اکثر شکم الیم ہوتا ہے اور عموماً بازکشیدہ ہوتا ہے۔ امتحان کرنے پر آنتیں سکڑی ہوئی محسوس ہو سکتی ہیں، اور وہ شکم کے مختلف حصوں میں ناہموار تودے سے بنا دیتی ہیں۔ بعض اوقات قے ہوتی ہے، اور آنتوں میں تقریباً ہمیشہ قبض ہوتا ہے۔ درد کچھ عرصہ تک کم ہو کر پھر ہو جاتا ہے، اور ایک سے لے کر تین یا چار دن میں عموماً رفع ہو جاتا ہے۔ یہ درد اسطرح پیدا ہوتا ہے کہ عضلی ریشوں پر سیسہ کی راست تاثیر سے آنتوں کا تشنجی انقباض واقع ہوتا ہے۔

رصاصی شلل (lead paralysis) - اسے اکثر کثیر عصبی التہاب کے عنوان کے تحت بیان کیا جاتا ہے، لیکن یہ بھی خیال کیا گیا ہے کہ یہ نخاع کے حرکی خلیوں پر زہر کی انتخابی تاثیر پڑنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

لیکن غالباً سیسہ اولاً عضلات پر عمل کرتا ہے اور ممکن ہے کہ عصبی اضرار ثانوی

ہوں ۔ وہ بالخصوص اُن عضلات کو چُن لیتا ہے جن میں تکان کا امکان ہوتا ہے ۔ لیکٹک ایسڈ جو ان حالات میں پیدا ہوتا ہے، دوران خون کے اندر گردش کرنے والے لیڈ فاسفیٹ کو حل کر دیتا ہے جو عضلی خلیے میں مرسوب ہو جاتا ہے ۔

ممیز خاصہ شَلَل کی توزیع ہے چنانچہ شلل بیشتر اصابتوں میں جوارح بالائیہ محدود رہتا ہے، اور گو وہ ایک بازو کو دوسرے بازو سے پہلے ماؤف کر سکتا ہے، وہ عموماً متشاکل ہوتا ہے ۔ پہلے عضلات جو مبتلا ہوتے ہیں، کلائیوں اور اُنگلیوں کے طویل باسطات ہیں؛ چنانچہ جب بازوؤں کو پھیلا کر پیش بازوؤں کو مکبوب کیا جائے تو ہاتھ اور انگلیاں نیچے لٹک پڑتی ہیں ۔ اسی واسطے مزدور لوگ بعض اوقات اِس مرض کو ”جھلاؤ“ (“ the dangles ”) کہتے ہیں ۔ شہادت کی اُنگلی اور چھنگلی، جو اپنے مزید عضلات باسطہ رکھتی ہیں، بنصر اُنگلی اور وسطیٰ اُنگلی کے نسبت کم مبتلا ہوتی ہیں؛ اور ممکن ہے کہ آخر الذکر دونوں تنہا مبتلا ہوں ۔ اگر ہاتھ کو اور پہلی سُلامیات کو سہارا دے کر اُفقی وضع میں رکھا جائے تو باقی ماندہ سُلامیات کو پھیلایا جا سکتا ہے؛ جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ عضلات قطنیہ اور عضلاتِ بین العظام اب بھی فعال ہیں ۔ بالعموم عضلہ باطحہ طویلہ غیر ماؤف رہتا ہے ۔ دیر پا کمزوری کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ بعض اوقات رُسغیہ کی غیر وضعیت پیچھے کے طرف ہو جاتی ہے اور کلائی کی پشت پر ایک اُبھار بن جاتا ہے ۔

اگرچہ یہ رصاصی شلل کی سب سے زیادہ ممیز و مخصوص شکل ہوتی ہے، تاہم بعض اوقات عضلات کے دوسرے گروہ بھی ماؤف ہو جاتے ہیں ۔ ان میں سے عام ترین یہ ہوتے ہیں :— (۱) ہاتھوں کے درونی عضلات (۲) نطاق الکتف کے عضلات، بالخصوص عضلۂ ذو راسین، عضدیہ مقدم، عضلۂ دالیہ اور عضلۂ شوکیہ اور (۳) جوارح زیریں میں مقدمی قصبیتی گروہ ۔

اگرچہ آغاز حملہ میں عضلی دردوں کی شکایت ہو سکتی ہے، سُن پن یا جھنجھناہٹ 589
کا کوئی محیطی احساس نہیں ہوتا اور نہ کوئی جلدی عدم حسیت ۔ ماؤف عضلات میں ہزال ہو جاتا ہے، اور برقی امتحان کرنے پر وہ تعاملِ انحطاط (reaction of degeneration) ظاہر کرتے ہیں ۔

مرض الدماغ (encephalopathy) - یہ فالج نصفی یا نصفی عدم حسیت کی شکل میں ہو سکتا ہے۔ زیادہ شدید اصابتیں جو اکثر مہلک ہوتی ہیں، وہ ہوتی ہیں جن میں تشنجات، ہذیان، توما کے ساتھ شاید التہاب عصب بصری (optic neuritis) اور کسیقدر تپ کے علامات ہوتے ہیں۔ ایسی اصابتیں اکثر ایک نہایت حاد مسیر رکھتی ہیں اور اناث میں زیادہ کثیر الوقوع معلوم ہوتی ہیں (Oliver)- عدم دمویت پہلی علامت ہوتی ہے اور پھر قولنج، دردسر، قے، دونظری (diplopia) ہوتی ہے یا التہابِ عصب بصری کی وجہ سے ناقص بصارت۔ چند روز میں مریض متشنج ہو کر قومازدہ ہو جاتا ہے اور مر جاتا ہے۔ دوسری مثالوں میں کچھ ذہنی اختلال ہوتا ہے جو بے خوابی، استبصاری توہمات اور سخت جوش وخروش کی شکل میں ہوتا ہے۔

اضرار چشم - یہ اکثر ہوتے ہیں اور ان میں پتلیوں کی عدم مساوات، دونظری جو بعض عضلات چشم کے شلل کی وجہ سے ہوتی ہے، التہاب عصب بصری نزفات کے ساتھ یا نزفات کے بغیر عصبی شبکیتی التہاب (neuro-retinitis)، اولی اور ثانوی ذبول عصب بصری (optic atrophy)، دوجانبی غطش (bilateral amblyopia) جس میں تغیرات قعر چشم بالکل نہیں ہوتے، اور جو یوریا مویتی کمنت (uræmic amaurosis) سے مشابہ ہوتا ہے، یہ سب علامات شامل ہیں۔ آخر الذکر تغیرات اکثر رصاصی التہابِ گردہ کی وجہ سے ہوتے ہیں۔

البیومن بولیت (albuminuria) دو یا تین طرح سے رصاصی تسمم کا نتیجہ ہوتی ہے۔ وہ رصاصی قولنج میں عارضی طور پر واقع ہو سکتی ہے۔ وہ پیشاب کی برآمد کی کمی اور اُذیما کے ساتھ اکثر انبوبی التہاب گردہ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے جیسے کہ مرض الدماغ (encephalopathy) کی اصابتوں میں (Oliver)، یا رصاصیت کی زیادہ مزمن حالتوں میں ذراتی گردے (granular kidney) کی اصابتوں میں۔ سیسہ، نقرس، اور ذراتی گردے کے تعلقات نہایت قریبی ہیں۔ کم از کم انگلستان کے جنوب میں، ان لوگوں میں جو کہ مزمن رصاصی تسمم میں مبتلا ہوتے ہیں، نقرس عام ہے، اور کہا جاتا ہے کہ اول الذکر یورک ایسڈ کے اخراج کو کم کر دیتا ہے۔ اور یہ بھی دیکھا

گیا ہے کہ جو لوگ نقرس میں مبتلا ہوتے ہیں وہ سیسہ سے نہایت جلد متاثر ہو جاتے ہیں۔
جگر کے تغیرات شحمی درر یختگی، امتلا اور ہیموسڈیرین (hæmosiderin) کا جماؤ ہیں۔ وانڈ نبرگ کا امتحان عموماً مثبت ہوتا ہے اور بعض اوقات صریح یرقان (jaundice) ہوتا ہے (1)۔

رصاصی تسمم، حیض اور حمل دونوں وظائف پر اثر ڈالتا ہے۔ کثرتِ طمث (menorrhagia) نہایت عام ہے، لیکن کبھی کبھی بے طمثیت (amenorrhœa) یا عسر الطمث (dysmenorrhœa) ہوتا ہے۔ حاملہ عورتوں میں املاصات (miscarriages) اور مردہ ولادتوں (still-birth) کا تناسب زیادہ ہوتا ہے۔ اور جو بچے زندہ پیدا ہوتے ہیں اُن میں سے بہت سے طبعی وزن سے کم ہوتے ہیں، اور بہت سے ایک سال کے اندر مر جاتے ہیں۔ جو زندہ رہتے ہیں ان میں تشنجات، سخافت اور ابلہی کا تناسب اوسط سے زائد ہوتا ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار زیادہ تر رصاصی تسمم کی سرگذشت پر، مسوڑھوں پر رصاصی خط کی موجودگی پر، اور ابرازات میں سیسہ ملنے پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ سرگذشتِ مرض کی تحقیقات نہایت غور و احتیاط کے ساتھ کرنی پڑے، کیونکہ سیسہ نظامِ جسم کے اندر نہایت غیر متوقع ذرائع سے داخل ہو سکتا ہے۔ اگر علاماتِ شلل موجود ہیں، تو اکثر قولنج کی سرگذشت پائی جاتی ہے، اور تقریباً تمام مریضوں میں رصاصی خط موجود ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ نہایت صاف اور ستھرے رہنے والے اشخاص میں رصاصی خط صرف دانتوں کے درمیان پایا جائے یا ممکن ہے کہ بالکل نہ پایا جائے۔ رصاصی شلل کی معمولی قسم کو عضلی مرغولی شلل (musculo-spiral paralysis) سے اس طرح تمیز کیا جا سکتا ہے کہ اول الذکر میں عضلۂ باطحۂ طویلہ غیر متاثر رہتا ہے اور دونوں بازو ایک ساتھ ماؤف ہوتے ہیں۔

پیشاب کی نسبت براز میں سیسہ زیادہ مقداروں میں موجود ہوتا ہے، لہٰذا جب سیسہ کے لئے امتحان کیا جا رہا ہو تو براز سے کام لینا چاہئے۔ لیکن براز کے اندر سیسہ کی موجودگی یہ ثابت نہیں کرتی کہ سیسہ نظامِ جسم میں موجود ہے۔ یہ ثبوت صرف پیشاب کے اندر اُس کی موجودگی سے حاصل ہوتا ہے۔

انذار۔ شفایابی اگرچہ آہستہ آہستہ ہوتی ہے، تاہم معقول علاج کرنے پر وہ عموماً کامل ہوتی ہے۔ اگر علاج شروع کرنے کے بعد دو سال کے اختتام پر اب بھی کوئی کمزوری باقی رہے تو اُس کے مستقلاً باقی رہنے کا امکان ہے۔ شدید دماغی علامتیں زندگی کے لئے خطرناک ہوتی ہیں، لیکن اگر موت واقع نہ ہو تو ممکن ہے کہ کامل شفا ہوجائے۔

تحریز۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ حرفتی رصاصیت کے اسباب کی حیثیت سے سیسہ کا گردوغبار اور بخارات اس سے زیادہ اہم ہیں کہ جتنا میلی انگلیوں کے ذریعہ داخل ہونا۔ سیسہ کے گردوغبار اور بخارات کو کم کرنے کی تدبیریں درج ذیل ہیں:— بروں کش ترویح (exhaust-ventilation) جو کام کرنے کی
590 بنچوں پر، یا مقامی طور پر اُس نقطہ پر جہاں بخارات پیدا ہوتے ہیں (مثلاً سیسہ
جلانے میں) بڑی ٹوپیوں (hoods) کے ذریعہ استعمال کی جائے۔ تر اعمال (wet processes) پر اصرار کرنا چاہیئے جس میں یہ امر بھی شامل ہے کہ جامعی کارخانوں (accumulator works) میں چھیچڑوں کو روزانہ چمڑے کے تلوں سے دھویا جائے وغیرہ۔ ان تمام اعمال کو جو لازماً غبار پیدا کرنے والے ہیں، غبار بند کمروں کے اندر انجام دینا چاہیئے۔ مصوری کے پیشہ میں خشک سفوفوں سے رنگوں کا ملانا اور رنگین سطحوں کا ملنا اور گھِسنا (الا یہ کہ ان کو روغنی ریگ مال کاغذ سے ملا جائے جو تر کرکے استعمال کیا جاتا ہے) اب خلاف قانون ہے۔ خانگی رصاصی تسمم کا انسداد اس طرح کرنا چاہیئے کہ بعض رقبوں میں پانی کے سیسہ کے نلوں کے استعمال کی ممانعت کردینی چاہیئے، اور سائڈر (cider) اور شراب کے لئے سیسہ اور جست کے ظروف کے استعمال سے محترز رہنا چاہیئے۔

علاج۔ مریض کو اپنا پیشہ چھوڑ دینا چاہیئے، یا جس طریقہ سے ممکن ہو نظامِ جسم کے اندر مزید سیسہ کا داخلہ روکنا چاہیئے۔ سیسہ کو نظامِ جسم سے، یعنے ہڈیوں میں اُس کی تذخیر کے مقام سے، خارج کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ مریض کو پست کیلسیمی غذا دی جائے، جس میں گوشت، کلیجی، آلو، چانول، ٹماٹر، کیلے، چھلکا اُتارے ہوئے سیب، چائے، کافی، شکر اور بے نمک "التہابی کلوی روٹی"

(nephritic bread) اور مسکہ کی چربی (جو مسکہ کو گرم پانی میں پگھلا کر اور پھر اُس کی سطح پر سے چربی اُتار کر تیار کی گئی ہو) شامل ہوں۔ دودھ، انڈے، سبز ترکاریاں، اور بہت سے پھل غذا سے خارج کر دیئے جاتے ہیں۔ اس سے ایک ترشہ سمیت پیدا ہو جاتی ہے جو لیڈ فاسفیٹ (اور کیلسیم فاسفیٹ) کو ہڈیوں میں سے حل کر کے خارج کر دیتی ہے، چنانچہ اُس کا اخراج ہو جاتا ہے۔ ۲۰۰ سی سی مُرقق فاسفورک ایسڈ یا ۱۰ گرام امونیم کلورائڈ روزانہ لئے جاتے ہیں، بشرطیکہ بہت سے پانی میں حل کر کے، دس دس گھنٹے سے خوراکیں دی جائیں۔ ایک نسبتاً کم کارگر طریقہ، لیکن ایسا جو التہاب گردہ موجود ہونے کی حالت میں ضروری ہو سکتا ہے، یہ ہے کہ روزانہ ۲۰ تا ۴۰ گرام سوڈیم بائی کاربونیٹ بلا تخصیص غذا دیا جائے۔ پوٹاسیم آیوڈائڈ (۵ تا ۱۵ گرین) بھی زیادہ کارگر نہیں۔ ایسا علاج صرف اُسی وقت کرنا چاہیئے جب کہ کوئی حاد حوادث نہ ہوں، اور اِس علاج کے اثر کو غور و احتیاط کے ساتھ دیکھتے رہنا چاہیئے، کیونکہ یہ علاج سیسہ کو حرکت میں لا کر حاد علامات پیدا کر سکتا ہے۔ جب حاد علامات موجود ہوں تو بلند کیلسیمی غذا یعنے تین پائنٹ دودھ اور کیلسیم لیکٹیٹ ۳۰ گرین روزانہ دینا مناسب ہے (3)، تاکہ سیسہ ہڈیوں میں چلا جائے۔

قولنج عموماً افیون کی پوری معتاد سے یا مارفیا (morphia) کے اشراب سے رفع ہو جاتا ہے۔ اِس کے ساتھ کوئی سادہ مسہل، مثلاً ارنڈی کا تیل ایک اونس، (ٹنچر آف اوپیم کے ۱۵ یا ۲۰ قطروں کے ساتھ) یا میگنیسیم سلفیٹ دینا چاہیئے۔ گرم تکمیدات اور شکم پر دباؤ اور حقنے آزمائے جا سکتے ہیں۔ ایٹروپین، نائٹروگلیسرین اور بینزل بینزوئیٹ (benzyl benzoate) آزادانہ طور پر استعمال کئے جا سکتے ہیں۔ شللی عوارض میں مناسب تجبیر اوّلین اہمیت رکھتی ہے۔ اِس میں مشلول عضلات کو ارتخائی وضع میں رکھ دینا چاہیئے۔ دَلک، حرکتیں، اور گلوانیت بھی مفید ہیں۔ یہ علاج مہینوں کرنا چاہیئے۔ حاد دماغی حملوں کے لیے آلیور نائٹرائٹ آف امیل (nitrite of amyl) کے استنشاق کی اور قطنی کچھ کے کی سفارش کرتا ہے، جس میں سیال ایک سے تین اونس تک نکالا جائے۔ آکسیجن کو

آزمایا جاسکتا ہے اسیطرح جس طرح کہ الکحلیت میں ۔ علی مردمویت کا تدارک
لوہے کی تجہیزات کے ذریعہ مناسب علاج سے کرنا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 431)۔
خلاصۂ جگر (liver extract) آزمایا جاسکتا ہے۔

پارے کا مزمن تسمم

(CHRONIC MERCURIAL POISONING)

نمدے کی ٹوپیوں کی حرفت میں بالوں کا نمدا بنانے میں ایسڈ نائٹریٹ آف مرکیوری (acid nitrate of mercury) کا استعمال آج دنیا میں پارے کے مزمن تسمم کا سب سے بڑا سبب ہے۔ بہت سے کاریگر عدم وموییت، کثرت ریق، اور التہاب الفم میں مبتلا ہو جاتے ہیں، جو پارے کے دوائی استعمال میں اس کی بیش معتاوی کے مشہور و معروف نتایج ہیں۔

پارے کے تسمم کے ممیز خصائص مزاج کا چڑچڑا پن (سیمابی اشتعال پذیری "mercurial erethism") اور جسم و جوارح کے لرزشی حرکات ہیں جن کو "سیمابی لرزشیں" یا "تھرتھراہٹیں" ("trembles") کہتے ہیں۔ یہ پہلے بالائی جوارح کو ماؤف کرتی ہیں، اور پھر ٹانگوں اور جسم کے بقیہ عضلات میں پھیل جاتی ہیں۔ پہلے یہ حرکتیں صرف ہیجان و اشتعال سے پیدا ہو جاتی ہیں، اس کے بعد اُس وقت پیدا ہوتی ہیں جب کہ مریض کوئی عضلی کام کرتا ہے، اور بالآخر دائمی ہو جاتی ہیں، بلکہ سونے کی حالت میں بھی کسی حد تک جاری رہتی ہیں۔ زبان میں لرزہ ہوتا ہے، اور نطق جلد جلد ناگہانی اور جھٹکے کے ساتھ ہوتا ہے۔ خراب اصابتوں میں ہر جلبہ بلکہ شلل تک موجود ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ مریض سہارے کے بغیر بالکل نہ چل سکے۔ بعض اصابتوں میں تیز و تند حرکات یا سخت کام کے بعد پیش بازوؤں کے خم کن عضلات میں تنشی تشنجات ہوتے ہیں۔ عدم حسیت، دوران سر، ہذیان تو ہمات ہو سکتے ہیں، اور بے چینی کے ساتھ ہیجان کا واقع ہونا بھی ممکن ہے۔ ابتدائی درجوں میں صلابت منتشر (disseminated sclerosis) سے کسی قدر مشابہت پائی جاتی ہے لیکن رقص مقلہ

591

نہیں ہوتا، اور جب حرکات دائمی ہو جاتے ہیں، تو کسی حد تک شلل اہتزازی (paralysis agitans) کی مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ پارہ اُنبوبی التہاب گردہ (tubal nephritis) بھی پیدا کر دیتا ہے۔

اگر مرض بہت زیادہ نہ بڑھ گیا ہو تو شفا ہونا ممکن ہے۔

علاج ۔ پارے کے بخارات سے علیحدگی ضروری ہے۔ دوائے مقویات اور آیوڈائڈ اور برومائڈ آف پوٹاسیم نہایت مفید ہیں۔ اور مُسکنات جیسے کہ افیون، کلورل (chloral) اور بیلاڈونا (belladonna) مفید ہو سکتے ہیں۔

سنکھیا کا مزمن تسمم
(CHRONIC ARSENICAL POISONING)

یہ رصاصی تسمم کے نسبت کم عام ہے لیکن مندرجہ ذیل حالات کے تحت واقع ہو سکتا ہے:۔ اُن اشخاص میں جو سنکھیا کے کارخانوں میں کام کرتے ہوں، اور اُن حرفتوں میں جن میں سنکھیا کے رنگوں سے واسطہ پڑتا ہو۔ اُن لوگوں میں جو ایسی رنگی ہوئی اشیاء، جیسے کہ دیواروں پر لگانے کے بعض رادی اور سبز کاغذ، استعمال کرتے ہوں۔ کبھی کبھی طبی علاج میں سنکھیا کی بڑی مقادیر استعمال کرنے سے۔ مشروبات میں اتفاقی طور پر سنکھیا کی آمیزش ہو جانے سے، جس کی مثال محیطی اعصاب کے التہاب (peripheral neuritis) کی وہ وبا ہے جو کہ مانچسٹر میں مالٹ آمیزی کے عمل میں غیر خالص سلفیورک ایسڈ کے استعمال سے پیدا ہوئی۔ آرسینو بنزال (arseno-benzol) کے تسمم کا بیان پہلے درج ہو چکا ہے۔

علامات ۔ جب سنکھیا کے بُرادہ یا گرد میں تکشف ہو، جو کہ نہائت خراش آور ہے تو جلد پر اور قابل رسائی مخاطی اغشیہ پر اثرات ظاہر ہوتے ہیں۔ جب سنکھیا کا داخلی استعمال کیا جاتا ہے تو غذائی غشائے مخاطی، محیطی اعصاب، اور دوران خون کے ذریعہ جلد پر اثر پڑتا ہے۔ پہلی صورت میں نمایاں خاصہ خراشِ جلد ہے، جس سے ایک قسم کا اکزیما (eczema) یا التہاب اَدمہ (dermatitis)

پیدا ہوجاتا ہے، اور وہ زیادہ گرم اور زیادہ نم حصوں میں بالخصوص دیکھا جاتا ہے، مثلاً بغلوں میں، فوطہ اور رانوں کے درمیان، تہنیوں کی کوروں پر، اور آنکھوں میں۔ ملتحمہ کی سرخی اور آنکھوں کی جلن، خراش حلق اور ساتھ ہی بار بار کھنکارنا، بھی موجود ہوتے ہیں۔ ازاں بعد عمومی تسمم کے علامات نمودار ہوجاتے ہیں، لیکن یہ اُس وقت زیادہ نمایاں ہوتے ہیں جب کہ اس زہر کا اشراب تھوڑی تھوڑی معتادوں میں بار بار ہوا ہو۔ معدی معوی خراش ہوتی ہے اور ساتھ ہی شائد متلی، اسہال اور درد ہائے شکم اس کے ساتھ اکثر نحول، کمزوری، عضلی اینٹھن، اور جیبی درد، سر مخلوط ہوجاتے ہیں۔ التہاب اعصاب محیط ایک ممیز خاصہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 651)، اور اسی طرح جلد کا ایک عارضہ بھی، جس کے ممیز خصائص لونیت اور برادمہ کی دبازت ہوتی ہے، بالخصوص ہتھیلیوں اور تلووں پر، جسے قرنیت کہتے ہیں۔ ہاتھ کی انگلیوں کے ناخنوں پر عرضی جھریاں اور فجوات نمودار ہوجاتے ہیں۔ اور حاد اصابتوں میں خمدار سفید خطوط (بیاض الظفر = leuconychia) ظاہر ہوئے ہیں، جو بتاتے ہیں کہ تسمم واقع ہوتے وقت تغذیہ میں خلل واقع ہوا تھا۔

علاج یہ ہے کہ سبب دور کردیا جائے، اور ایسا کرنے پر علامات رفع ہوجاتے ہیں۔ دوائے آیوڈائڈ آف پوٹاسیئم ۵ گرین کی معتادوں میں دیا جاسکتا ہے۔ تاہم ممکن ہے کہ التہاب اعصاب محیط کئی ماہ تک جاری رہے۔

مَینگنیس کا مزمن تسمّم

(CHRONIC MANGANESE POISONING)

مینگنیس کا تجارتی استعمال کلورین، پینٹ، وارنش، مینا (enamel) اور لینولیئم (linoleum) بنانے، صابن رنگنے، اور فولاد تیار کرنے میں کیا جاتا ہے۔

مینگنیس کے تسمم کے سریری خصائص شلل اہتزازی سے مشابہت رکھتے ہیں، اور اُن سے ظاہر ہوتا ہے کہ جسم مضلع (corpus striatum) میں کوئی ضرر موجود ہے۔ جذباتی اختلالات ہوتے ہیں، جن میں ناقابل ضبط ہنسی یا رونے کے

دورے، ذہنی نڈھال پن، عضلی کرختگی اور لرزش ہوتی ہے۔ مریض پاؤں رگڑ رگڑ کر چلتا ہے اور نیچے گرنے کا رجحان ہوتا ہے۔ ہرمی خطوں کے مرض کے کوئی امارات نہیں ہوتے (2)۔

حوالہ جات

REFERENCES

1 W. Blair Bell, W. R. Williams, and L. Cunningham .. 1925 *Lancet*, ii., p. 793.

2 J. R. Charles .. 1922-3 *J. Neurol. & Psychopathol.*, 3, p. 262.

3 J. C. Aub & others .. 1925 *Medicine*, 4, p. 1.

592

عصبی اور عضلی نظاما کے امراض

اس عنوان کے تحت ہمیں دماغ، نخاع، اور اعصاب کے اختلالات سے بحث کرنی ہے - یہ اختلالات خود کو حرکت، احساس، حواسِ مخصوصہ، اور عقل اور جذبات کے وظیفوں کے ذریعہ ظاہر کرتے ہیں -

اگرچہ عصبی نظام اُنہی امراضیاتی اعمال سے متاثر ہوتا ہے کہ جن سے بقیہ جسم متاثر ہوتا ہے، تاہم وظیفہ اور ساخت کی بعض خصوصیات ایسی ہیں جو اس حصے کے مرض کے اثرات کو دوسرے تمام اثرات سے ممتاز کرتی ہیں -

پہلا اہم نکتہ، وظیفہ کی انتہائی تخصیص ہے، جو کہ نظام عصبی کے بلند ترین حصوں میں اپنے درجۂ کمال کو پہنچ جاتی ہے - یہ اسی کا نتیجہ ہے کہ ایک خفیف سا ضرر ایسے علامات و امارات پیدا کر سکتا ہے جن کو ہم وثوق کے ساتھ مرض کے محل وقوع کی طرف منسوب کر سکتے ہیں - علامات و امارات کے ایسے گروہ کے متعلق کہا جاتا ہے کہ یہ تحلیلی اہمیت رکھتا ہے -

ساخت کی تخصیص کا ایک مزید نتیجہ یہ ہے کہ بعض سموم (جرثومیاتی یا کیمیائی) ہمیشہ عصبی خلیات یا عصبی ریشوں کے بعض گروہوں کو منتخب کر لینے کا میلان رکھتے ہیں - اِس انتخابی حدوث کا انحصار یقیناً کیمیائی یا طبیعی نوعیت کے اُن خصائص پر ہوتا ہے جو عصبی خلیے کے اندر مقیم رہتے ہیں اور جو اُسے بعض سموم کے لئے ہدف بناتے ہیں اور بعض کے لئے مزاحم - چنانچہ اکثر اوقات ایک مخصوص اَمارت اُسی امراضیاتی عمل کے ساتھ وابستہ پائی جاتی ہے - لیکن ہمیں ہمیشہ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ وہ اَمارت اُس ضرر کی مقامیت کا نتیجہ ہے نہ کہ اُس کے امراضیات کا - مثلاً آتشک کا پیچ موئی سم وسط دماغ کے اُن دقیق مرکزوں پر جو پتلیوں کی روشنی کے تعامل کی تنظیم کرتے ہیں، ایک انتخابی حدوث رکھتا ہے - لہٰذا روشنی کے حدقی تعامل کا فقدان (آرگائل رابرٹسن حدقہ: Argyll Robertson pupil) عصبی آتشک کی

ایک عام ترین اَمارت ہے۔ لیکن اِس سے ہمیں یہ نتیجہ اخذ کرنے کا حق نہیں کہ آرگائل رابرٹ سنی حدقہ ہمیشہ ہی آتشک کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کوئی دوسرا سبب جو اُسی مقام پر عامل ہو یہی امارت پیدا کر دے، مثلاً کوئی رسولی یا سُباتی التہابِ دماغ (encephalitis lethargica) کا قشِیب۔

عصبی امراض کا ایک دوسرا امتیازی خاصہ، عصبی خلیہ کے نسبتہً بہت زیادہ طویل ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جب کسی عصبی خلیہ کا محوریہ مُتضرّر یا مبتلائے مرض ہو جاتا ہے تو اُس کا بُعدی حصہ اپنے محیطی شاخچہ جات تک انحطاط زدہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ عمود الفقرات کے اندر کی پہلی صدری عصبی جڑ کے ضرر کا نتیجہ یہ ہو گا کہ ہاتھ کے چھوٹے عضلات کو رسد پہنچانے والے عصبی ریشوں میں انحطاط واقع ہو جائے گا، جس سے بالآخر ان عضلات میں ذبول اور شلل ہو جائے گا۔ حرکی قشرہ کے بالائی حصے کے خلیات کا ضرر، اُن ہرمی ریشوں کا جو نخاع کے اندر نیچے کی طرف جاتے ہیں، اُنکی قطنی کلائی تک انحطاط واقع کر دے گا، جس سے جارحۂ زیرین کا شلل پیدا ہو جائے گا۔

نظامِ عصبی کا تیسرا نمایاں خاصہ یہ ہے کہ اُس کے حصے ایک مخصوص طریقہ پر ملفوف ہوتے ہیں، گویا کہ وہ دوسری بافتوں سے محجوز ہوتے ہیں، مرکزی نظامِ عصبی سحایا کے ذریعہ اور محیطی اعصاب اپنی عصب غلافی پوششوں کے ذریعہ۔ اِسی کے ساتھ کا ایک مشاہدہ یہ بھی ہے کہ نظامِ عصبی کے اولی سلعات سحایا کو کبھی متاکل نہیں کرتے (خواہ وہ اِن حدود کے اندر کیسے ہی خبیث ہوں)، اور نہ وہ دوسری بافتوں پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ اسی طرح دوسرے مقامات کے خبیث سلعات بھی عصبی بافت پر کبھی راستہ حملہ نہیں کرتے (اگرچہ یقیناً وہ میکانی انضغاط سے نقصان پہنچا سکتے ہیں)۔

593 عصبی جرم کی ایک اور خصوصیت یہ ہے کہ دماغ اور نخاع کے اندر کوئی لیفی سہارک بافت نہیں ہوتی اور اُس کی جگہ عصبی سریش ہوتا ہے جو نسبتہً بہت زیادہ نازک شے ہے۔ اسی وجہ سے اُس میں تقیح کسی لیفی روک سے محدود المقام نہیں ہوتا بلکہ گہرا پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔ نزف بھی خواہ وہ حادثہ کے باعث ہو یا عروقی مرض کا

نتیجہ ہو، یہی رجحان رکھتا ہے ۔ انضباب کا دباؤ اس کے لئے کافی ہوتا ہے کہ باریک عصب سریشی ریشوں کو بہ آسانی چیر پھاڑ کر دماغ یا نخاع کے جرم میں گڑھے بنا دے۔ لیکن مزمن التہاب کی حالتوں میں عصب سریشی خلیے تکاثر کر کے بکثرت ریشک بنا دیتے ہیں، جس سے کثافت میں زیادتی ہو جاتی ہے ۔ مزید برآں معلوم ہوتا ہے کہ جب عصبی ریشوں کا "ثانوی انحطاط" ہو رہا ہو (مثلاً نخاع میں ہرمی ریشوں کا وہ انحطاط جو داخلی کیسہ کے کسی ضرر کے بعد ثانوی طور پر ہو) تو ان کے انحطاطی حاصلات عصبی سریشی خلیوں میں بھی ایک مماثل تعامل کی تحریک پیدا کر دیتے ہیں، چنانچہ جب بوسیدہ ریشے کثاس خلیوں کے ذریعہ جذب ہو جاتے ہیں تو ان کا سابقہ مقر، عصبی سریشی کی بڑھی ہوئی کثافت کے ذریعہ نظر آ سکتا ہے، جو اکثر مرئی اور حس پذیر ہوتی ہے ۔ عصبی امراضیات کے ابتدائی زمانہ میں ایسے ہی مناظر کی بنا پر یہ مفروضہ قائم کر لیا گیا کہ عصبی سریش کی بیش بالیدگی ہی اولی مرضی عمل ہے اور عصبی خلیوں کا اتلاف اس کا ثانوی نتیجہ ہے، اور اس میں ہونے والے امراضیاتی عمل کو "صلابت" کا نام دیا گیا۔ اب ہمارا یقین یہ ہے کہ یہ تصور غلط تھا، اور یہ کہ تضرر یا مرض کا اولی اثر عصبی خلیات کا انحطاط ہے، جس کا ثانوی نتیجہ عصبی سریش کی بیش بالیدگی ہوتی ہے ۔

ایک مزید اہم نکتہ یہ واقعہ ہے کہ دماغ اور نخاع ایک عظمی کہفہ کے اندر ایک لوچدار لیفی جھلی میں ملفوف ہیں، جہاں ان کے پھیلنے کے لئے بہت ہی کم گنجائش ہوتی ہے ۔ اس کا نتیجہ یہ ہے کہ کوئی کوفتگی، جو جسم میں دوسرے مقام پر مقامی ورم اور درد پیدا کر دے گی، یا کوئی غیر خبیث رسولی جو عصبی بافتوں پر حملہ آور نہ ہو رہی ہو، انضغاط پیدا کر کے بآسانی نقصان پہنچا سکتی ہے ۔

راست تسلسل کے ذریعہ عضویوں کے پھیلنے کے علاوہ دو خاص راستے اور بھی ہیں جن کی راہ سے جراثیم یا سمیات مرکزی نظام عصبی میں داخل ہو سکتے ہیں۔ خاص راستہ جوئے خون کی راہ سے ہے ۔ لیکن کم از کم دو خاص امراض، یعنے کزاز اور خناقِ وبائی میں سم کا گذر مقامِ سرایت سے مرکز کی طرف عصبی ریشوں کے ذریعہ ہوتا ہے ۔

عصبی نظام کے امراض کا منظم بیان شروع کرنے سے پہلے یہ ضروری ہے کہ

اُس کی عام تشریح اور فعلیات کا اور اس کے امراض سے جو علامات پیدا ہوتی ہیں ان کی تحقیقات کے سریری طریقوں کا کسیقدر تذکرہ کیا جائے ۔

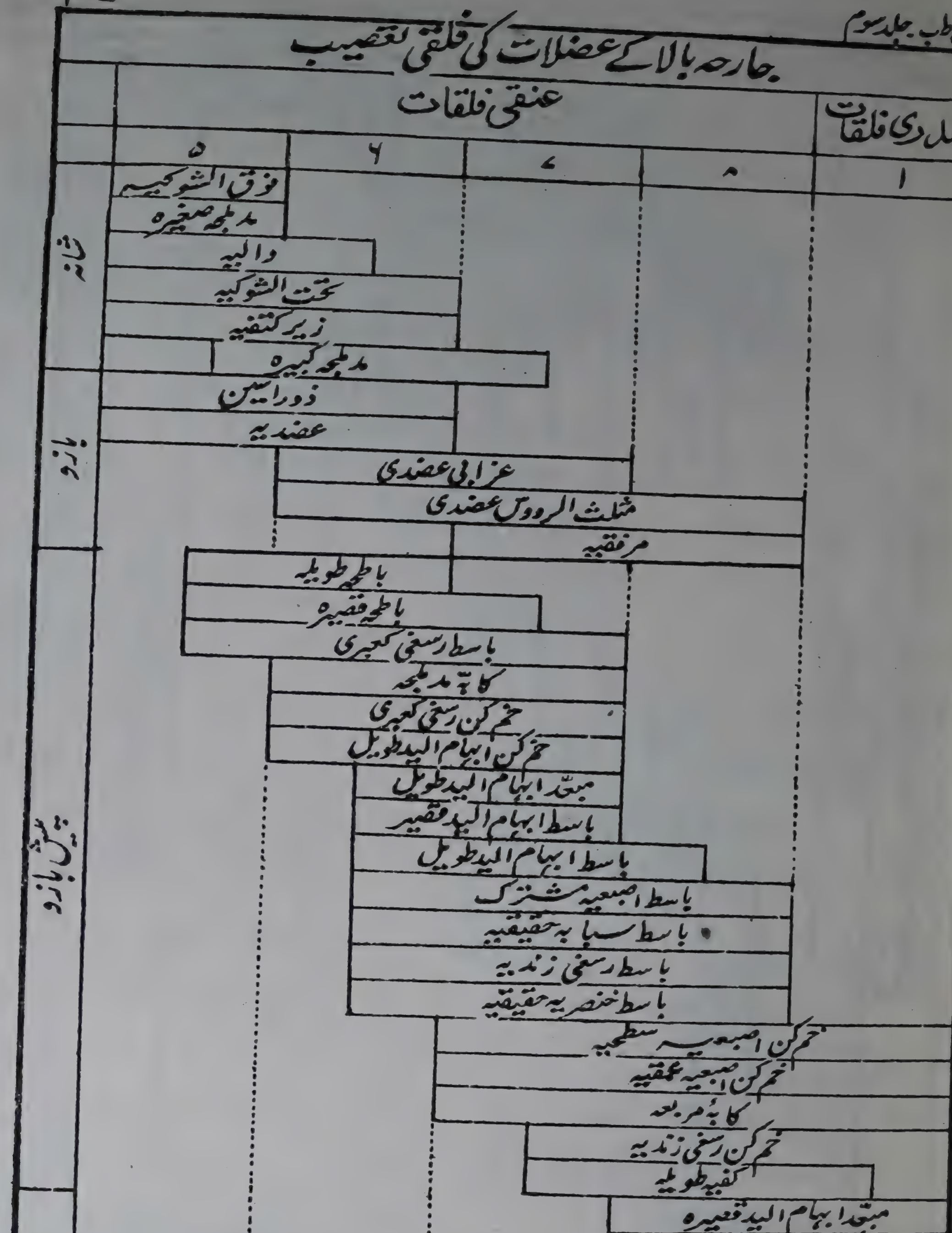
اطلاقی تشریح اور فعلیات

(APPLIED ANATOMY AND PHYSIOLOGY)

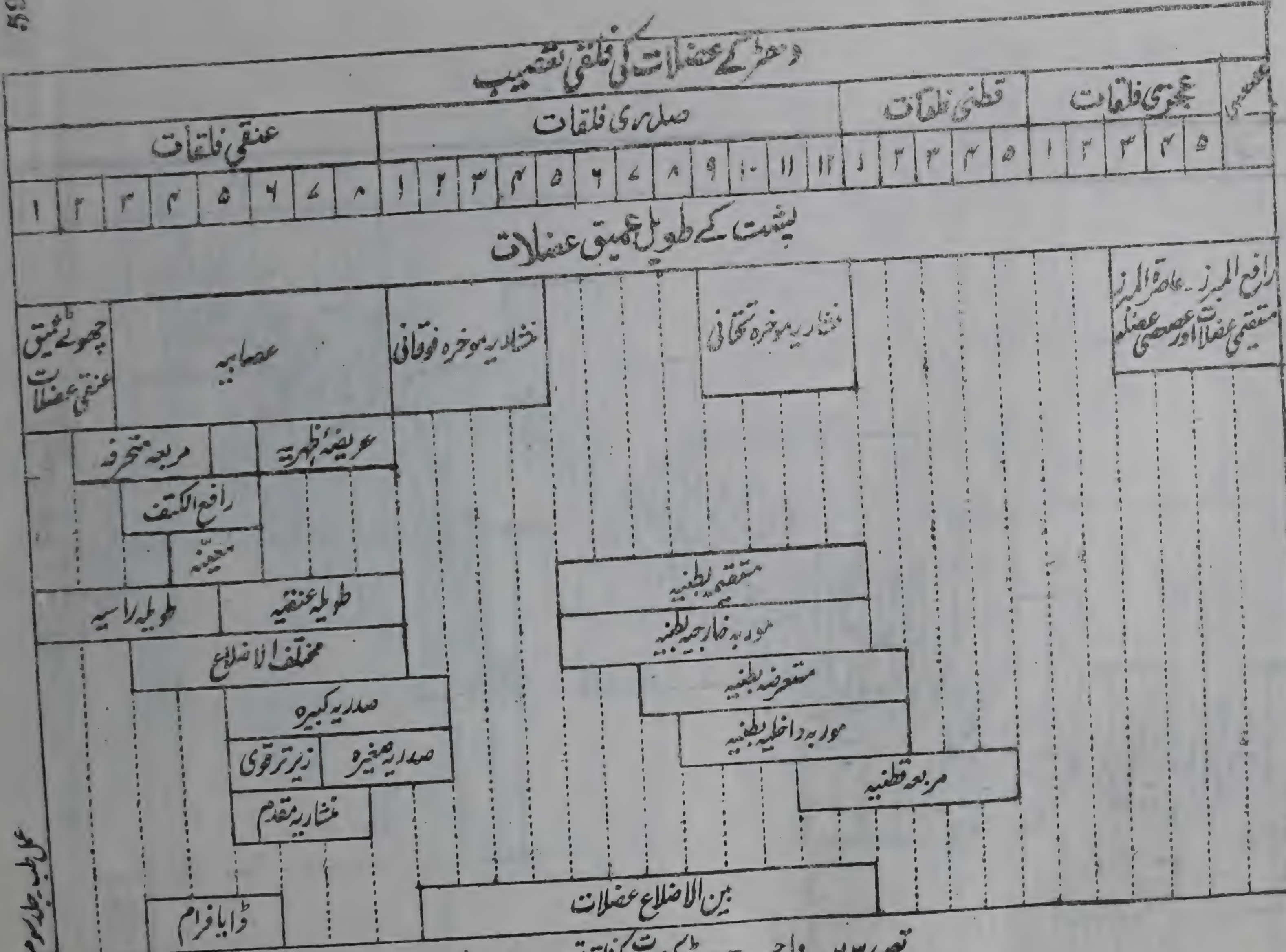
انسان میں مرکزی عصبی نظام کی ساخت کے متعلق ہمارا علم، اس کے وظیفہ کے متعلق ہمارے علم سے بہت متجاوز ہے ۔ بہت سے حصے ایسے ہیں، جن کو تشریح داں خوب واضح قرار دیتا ہے، لیکن وہ سریری طور پر "خاموش" ہیں ۔ شاید جزوی طور پر یہی وجہ ہے کہ مرض سے پیدا شدہ اعراض کی، فعلیات کی زبان میں منظم طور پر تشریح نہیں کی جاسکتی ۔ آئندہ صفحوں میں صرف وہی کچھ پیش کیا جائے گا جو کہ عملی اہمیت رکھتا ہے ۔

زیریں حرکی عصبیہ (lower motor neuron)- یہ مشتمل ہے ایک ایسے خلیہ پر جو کہ نخاعی رمادی مادہ کے مقدم قرن میں یا دماغی ساق کے حرکی نواتوں میں سے ایک میں واقع ہوتا ہے، اور ایک برآرندہ ریشے پر جو مقدم نخاعی عصبی جڑوں میں سے یا حرکی جمجمی اعصاب میں سے ایک میں سے گذرتا ہوا، ایک حرکی منتہائی صحفہ میں ختم ہوتا ہے، جو کہ ایک مخطط عضلہ کے ساتھ متماس ہے ۔ زیریں حرکی عصبیہ کا وظیفہ مرکزی نظام عصبی سے عضلہ تک تمام عصبی صدمات کا ایصال کرنا ہے، خواہ یہ صدمات ارادی حرکت سے متعلق ہوں، یا وضعی تنش سے، یا معکوس فعل سے ۔ عضلہ کا تغذیہ بھی حرکی ریشے کے ذریعہ اس تعلق پر منحصر ہوتا ہے جو کہ ایک منسلم حرکی خلیہ کے ساتھ ہوتا ہے ۔ اگر یہ تعلق منقطع ہوجائے، یا اگر خلیہ کو نقصان پہنچ جائے تو عضلہ لاغر ہوجاتا ہے ۔

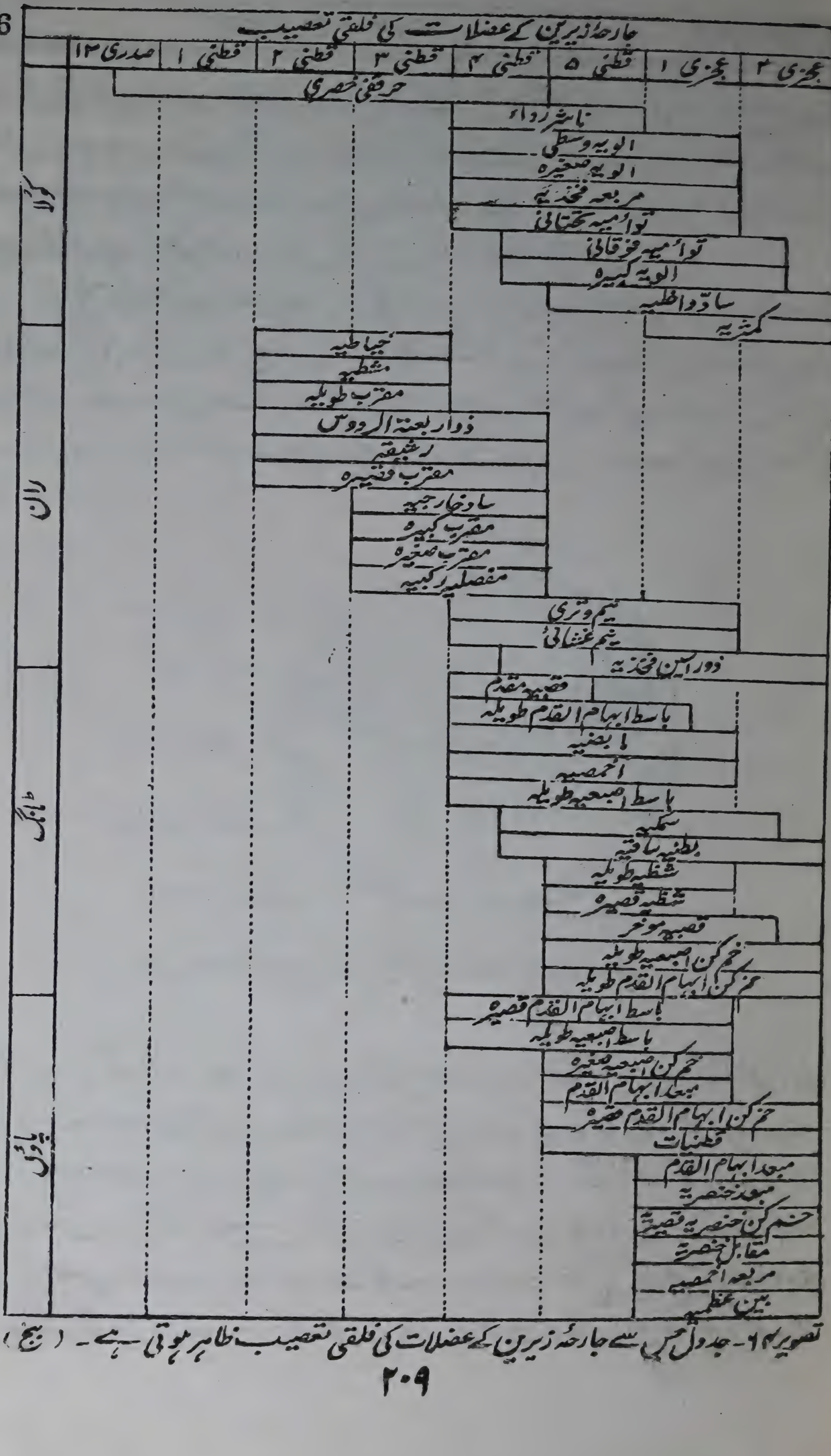
لہٰذا زیریں حرکی عصبیہ کے ضرر کی امارات، متاثرہ عضلہ میں قوت ارادی کا نقصان، تنش کا نقصان، معکوس فعل کا نقصان، اور لاغری ہیں ۔ جب ضرر حرکی خلیات کو براہ راست ماؤف کرے، اور مرض کی رفتار سست ہو، تو متاثرہ عضلات میں ریشی جھٹکے ظاہر ہوتے ہیں ۔ دوسرے الفاظ میں عضلی ریشوں کے چھوٹے چھوٹے



تصویر ۶۲۔ جدول جس سے جارحۂ بالا کے عضلات کی فلقی تعصیب ظاہر ہوتی ہے۔ (بنج = Bing)۔



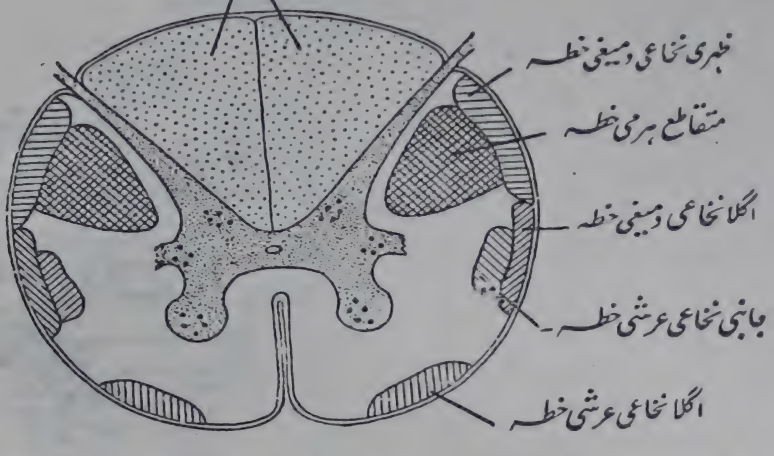
تصویر ۶۳۔ جدول جس سے دھڑ کے عضلات کی فلقی تعصیب ظاہر ہوتی ہے۔ (بیچ)۔



تصویر ۶۴ - جدول میں سے جارحۂ زیرین کے عضلات کی فلقی تعصیب ظاہر ہوتی ہے ۔ (بیج) ۔

گروہوں میں تیز غیر ارادی انقباضات واقع ہوتے ہیں، جو ترتیب زمانی اور توزیع میں بیقاعدہ 597
ہوتے ہیں۔ نخاع میں حرکی نواتوں یا مقدم قرنی خلیات کی ترتیب ایسی ہے کہ ہر فلقہ (segment) متعدد عضلات کی رسد میں حصہ لیتا ہے، جب کہ برآرندہ ریشے ضفیرات کی تکوین کے ذریعہ، محیطی اعصاب میں توزیع یافتہ ہو جاتے ہیں۔

بالائی حرکی عصبیہ ۔ حرکی قشرہ کے بڑے ہرمی خلیات یا بٹز (Betz) کے خلیات، حرکی ریشوں کا منبع ہیں۔ یہ ریشے متندق ہو کر ایک بنڈل بناتے ہیں جو کہ اندرونی کیسہ کے درمیانی حصہ میں واقع ہے، اور پھر وہ اسی جانب کے ساق دماغ میں اور جسر اور لب کے بطنی حصہ میں نیچے کو گذر جاتے ہیں۔ لب اور نخاع کے اتصال پر



تصویر ۶۵ - نخاع میں سریری اہمیت کے خاص خطے بتانے کیلئے۔

دونوں نیم کروں کے ریشوں کا آپس میں تقاطع ہوتا ہے، اور نخاع میں (تقاطعی) ہرمی خطہ، سفید مادہ کے جانبی ستون میں مقدمی اور خلفی قرنوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ ہرمی ریشوں کا اختتام ان زیرین حرکی عصبیات کے خلیات کے ساتھ متماس ہو کر ہوتا ہے جو کہ ساق دماغ اور نخاع میں واقع ہیں۔ ہرمی ریشوں کا خاص وظیفہ یہ ہے کہ وہ زیرین حرکی عصبیات کے ذریعہ عضلات تک وہ صدمات منتقل کرتے ہیں کہ جو ارادی حرکت پیدا کرتے ہیں۔ لہٰذا ان کا اتلاف، ارادی قوت کا نقصان واقع کرتا ہے۔

نیز کمزور یا مشلول جوارح میں تنش یا معکوس فعالیت کی زیادتی بھی واقع ہو جاتی ہے، جس سے ہم ضرور یہی نتیجہ نکالیں گے کہ ہرمی ریشے طبعی حالات میں بعض حرکی مراکز پر مانع اثر رکھتے ہیں جو کہ تنشی صدمات خارج کرتے ہیں۔ لہٰذا ایک بالائی عصبیتی ضرر کی امارات متاثرہ جوارح میں ارادی حرکت کا شلل، بڑھی ہوئی تنش اور بڑھی ہوئی معکوس فعالیت ہے۔ اس کے علاوہ جلدی معکوسات میں متلازم تغیرات (غائب شکمی معکوسات، باسط اخمصی مجیبیت) واقع ہوتے ہیں، جو کہ بعد میں بیان کئے جائیں گے۔ جسم کے ایک جانب کا شلل، جو کہ مخالف جانب کے قشرہ کے ہرمی خطہ کے انقطاع کا نتیجہ ہو، نیم فالج کہلاتا ہے۔ جسم کے زیریں حصے کا شلل یا فالج کہلاتا ہے۔

نخاع میں بالائی حرکی عصبیتی راستہ ان تقاطع کردہ ہرمی ریشوں سے بنتا ہے۔ لہٰذا کمزوری اور تشنجیت، اس جانب پائے جاتے ہیں کہ جس جانب ضرر پایا جاتا ہے۔ ایسا ضرر جو عنقی کلانی سے نیچے ہو، صرف زیریں جارحہ کی کمزوری پیدا کرتا ہے، ایسا ضرر جو اس کلانی سے اوپر ہو، بالائی اور زیریں دونوں جوارح کی کمزوری پیدا کرتا ہے۔ ان اضرار کی حالت میں جو کہ ہرمی تقاطع کے اوپر ہوں، کمزوری جسم کے مخالف
جانب ظاہر ہوگی، اور ایسا ضرر جو کہ جسر کے لیول سے اوپر ہو، جوارح کے ساتھ زبان، 598
نرم تالو اور چہرہ کی کمزوری بھی پیدا کرتا ہے۔ تاہم جوارح کی کمزوری کے مقابلہ میں، ان عضلات کی کمزوری بہت خفیف ہوتی ہے جن کو جمجمی اعصاب کی رسد پہنچتی ہے، کیونکہ ان عضلات کی بالائی حرکی عصبیتی رسد دونوں دماغی نیم کروں سے ماخوذ ہوتی ہے۔ جب دونوں نیم کرے مرض زدہ ہوں، تو ابتلاع، نطق اور وجہی اظہار سے تعلق رکھنے والے عضلات شدت کے ساتھ ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن عینی عضلات شاذ ہی ماؤف ہوتے ہیں۔

اندرونی کیسہ اور حرکی قشرہ کے درمیان، ہرمی ریشے پنکھے کی طرح پھیلتے ہیں، اور جیسے جیسے وہ قشرہ کے قریب پہنچتے ہیں، یہ زیادہ اور زیادہ ممکن ہوتا جاتا ہے کہ ایک چھوٹا سا ضرر صرف ٹانگ یا بازو یا چہرہ کا شلل پیدا کرے۔ تشنجیت اور کمزوری جو کہ ہرمی ضرر سے پیدا ہوں ان کی توزیع غیر مساوی ہوتی ہے۔ زیریں جارحہ میں، سب سے زیادہ باسط عضلات (اخمصی خم کن، گھٹنے اور کولہے کے باسطات)

کرختگی سے متاثر ہوتے ہیں، اور سب سے پہلے ان کے متضاد عضلات کمزوری سے متاثر ہوتے ہیں۔ بالائی جارحہ میں، کرختگی سب سے زیادہ انگلیوں کے خم کنوں، کلائی کے خم کنوں اور کابات، کہنی کے خم کنوں اور شانے کے مقربات میں ہوتی ہے، اور کمزوری سب سے پہلے متضاد گروہوں میں نمودار ہوتی ہے۔

اوپر جو کچھ بیان کیا گیا ہے اس کے نتیجہ کے طور پر جوارح حسب ذیل وضع اختیار کر لیتے ہیں۔ بالائی جارحہ شانہ پر مقرب، کہنی پر خمیدہ، اور کلائی پر مکبوب اور خمیدہ ہوتا ہے، جس کے ساتھ انگلیاں خمیدہ ہوتی ہیں۔ زیریں جارحہ سارا کا سارا بسط شدہ ہوتا ہے، جس کے ساتھ پاؤں اور اس کی انگلیاں نیچے کی طرف نوک کئے ہوتی ہیں۔

بالائی حر کی عصبیتی ضرر والی کرختگی، اس وقت جب کہ مفصل آزاد ہوں، اور عضلات لیفی نہ ہو گئے ہوں، گرفت دار چاقو کی قسم کی ہوتی ہے، یعنی مجہول حرکت کرنے پر مزاحمت سب سے زیادہ شروع میں ہوتی ہے، اور پھر جیسے جیسے حرکت بڑھائی جاتی ہے وہ کم ہوتی جاتی ہے۔

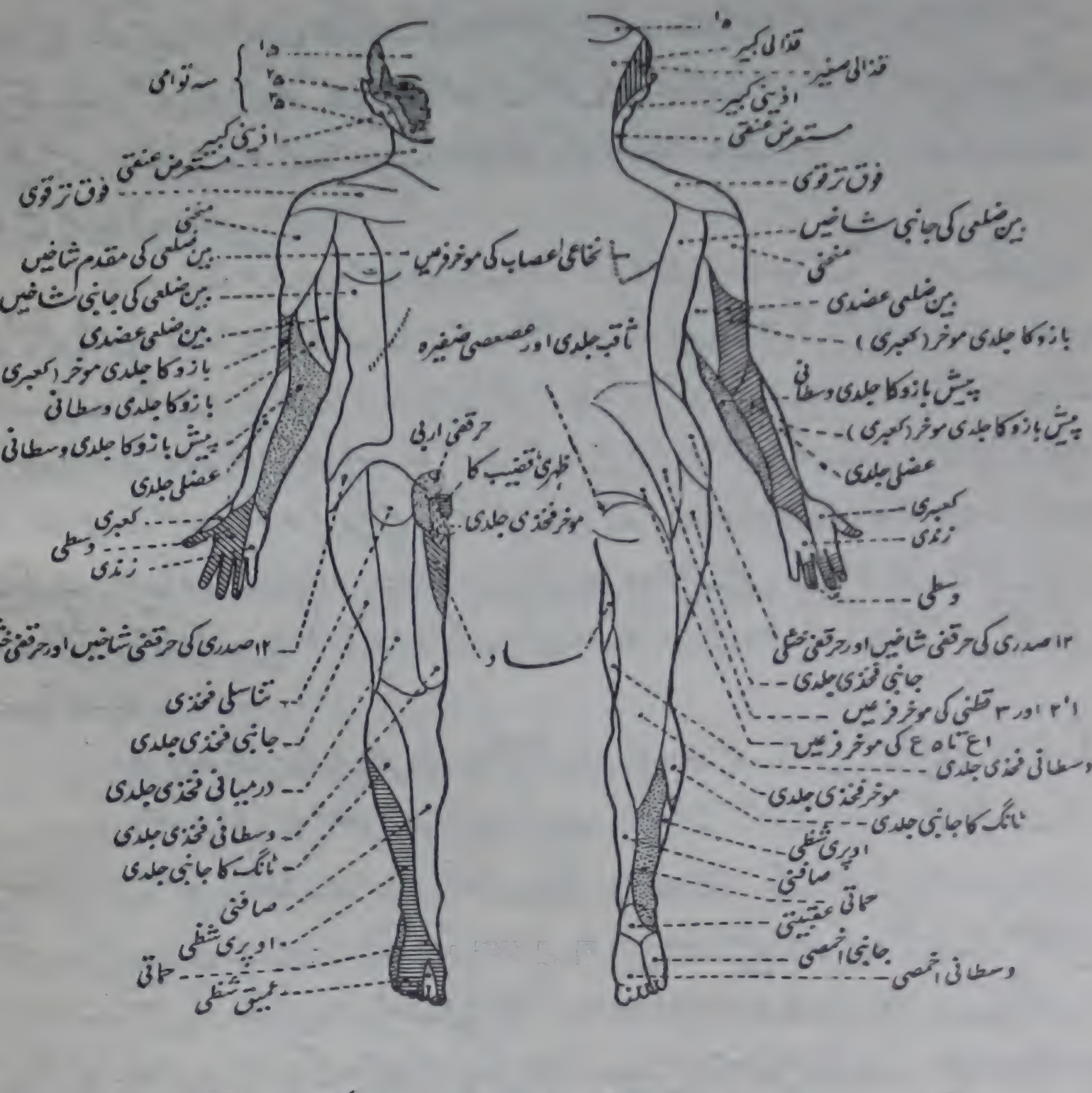
احساس۔ حسی اعصاب کے بعدی سروں پر آخذ منتہائی اعضا پائے جاتے ہیں، جن کا وظیفہ یہ ہے کہ مختلف قسم کے ان تہیجات کے اخذ کرنے اور منتقل کرنے میں آسانی پیدا کی جائے کہ جن میں جلد یا عمیق تر ساختیں منکشف ہو سکتی ہیں۔ چنانچہ لمس، حرارت، سردی، درد، اور عضلی تنش کے لئے مخصوص منتہائی اعضا ہیں۔ ایک خاص رقبہ میں کے تمام ریشے مستدق ہو کر ایک محیطی عصب کا حسی جزو بناتے ہیں، جس میں وہ ضفیرات میں سے گذرتے ہوئے اپنے خلوی جسموں تک پہنچتے ہیں، جو کہ خلفی عصبی جڑوں کے عقدات میں ہوتے ہیں۔ پھر وہ خلفی عصبی جڑوں کی راہ سے نخاع میں داخل ہو جاتے ہیں، جہاں وظیفہ کے لحاظ سے ان کی دوبارہ توزیع ہوتی ہے۔ وہ ریشے جو کہ وضع اور مجہول حرکت کے احساسات منتقل کرتے ہیں، بلا تقاطع کئے، نخاع کے خلفی ستونوں میں اوپر چڑھ جاتے ہیں۔ جیسے جیسے بالائی خلقی لیولوں کے ریشے داخل ہوتے ہیں وہ زیریں خلقوں کے ریشوں سے اوپری اور بیرونی طرف واقع ہوتے ہیں۔ بالآخر خلفی ستونی ریشے، رشیق اور فانہ نما نواتوں میں ختم ہو جاتے ہیں۔

فانہ نما اور رشیق نواتوں سے ایسے عصبی ریشے نکلتے ہیں جو کہ فی الفور مخالف جانب کے عصبی ریشوں کے ساتھ تقاطع کرجاتے ہیں (معصب کا تقاطع decussation of the fillet-: اس کے بعد دونوں طرف کے وسطی معصب کے ریشے اوپر چڑھ کر بصری عرشہ میں پہنچ جاتے ہیں اور وہیں ختم ہو جاتے ہیں۔ ان احساسات کو جو کہ خلفی ستونوں سے ماخوذ ہوتے ہیں، ریشوں کا ایک تازہ سلسلہ عرشہ سے حسی قشرہ میں پہنچا کر ختم کردیتا ہے۔ خلفی ستون کچھ لمسی احساس بھی منتقل کرتے ہیں، اور اگر وہ تلف ہوجائیں تو سطح جسم پر لگائے ہوئے سر کے دوشاخہ کے ارتعاشات محسوس کرنے کی قوت ضائع ہو جاتی ہے۔

وہ ریشے جو کہ درد، حرارت اور سردی کے احساسات منتقل کرتے ہیں، نیز بعض لمسی ریشے، جوں ہی کہ نخاع میں داخل ہوتے ہیں، خلفی قرن کی راہ سے رمادی مادے میں داخل ہوتے ہیں اور وہاں ختم ہو جاتے ہیں۔ یہاں سے بطور برید کے (relay) حسی ریشوں کا ایک نیا سلسلہ شروع ہو کر وسطی خط کے پار چلا جاتا ہے، اور نخاع کے سپید مادہ میں پہنچ کر نخاعی عرشی خطے (spino-thalamic tracts) بناتا ہے۔ جیسا کہ ان کے نام سے ظاہر ہے، یہ بصری عرشہ میں جاکر ختم ہوتے ہیں، جہاں سے ریشوں کا ایک نیا سلسلہ حرارت، سردی، اور درد کے احساسات کو حسی قشرہ میں لے جاتا ہے۔

بصری عرشہ بجائے خود درد، تپش اور کچھ حد تک لمس کے کثیف احساسات کی شعوری وصولیابی کا عضو معلوم ہوتا ہے۔ حسی قشرہ حس پذیری کے لطیف تر پہلوؤں سے تعلق رکھتا ہے، اور بقول ہیڈ (Head) کے۔ اس میں حسب ذیل ترتیب پائی جاتی ہے۔ وہ ریشے جو کہ فضا میں جوارح اور سطح جسم کی وضع کے متعلق
احساسات منتقل کرتے ہیں، رولینڈی شقاق (Rolandic fissure) کے قشرہ 599
میں ختم ہوتے ہیں۔ اس کے پیچھے پس مرکزی تزرید میں معروضات (objects) کی جسامت، شکل، وزن اور ساخت میں فرق اور مشابہت کے تاثرات جمع ہوتے ہیں۔ ان سے بھی پیچھے وہاں تک جہاں کہ فوقانی جداری اور فوق حاشیتی تزریدیں واقع ہیں، وہ ریشے ختم ہوتے ہیں جو کہ انفرادی تہیجات کی شدت میں فرق کا

متاثر منتقل کرتے ہیں، خواہ وہ تہیجات لمس کے ہوں، یا تپش کے یا درد کے۔
یہ امر ظاہر ہے کہ حسی نقصان کی عام نوعیت اور توزیع، ضرر کے لیول کے

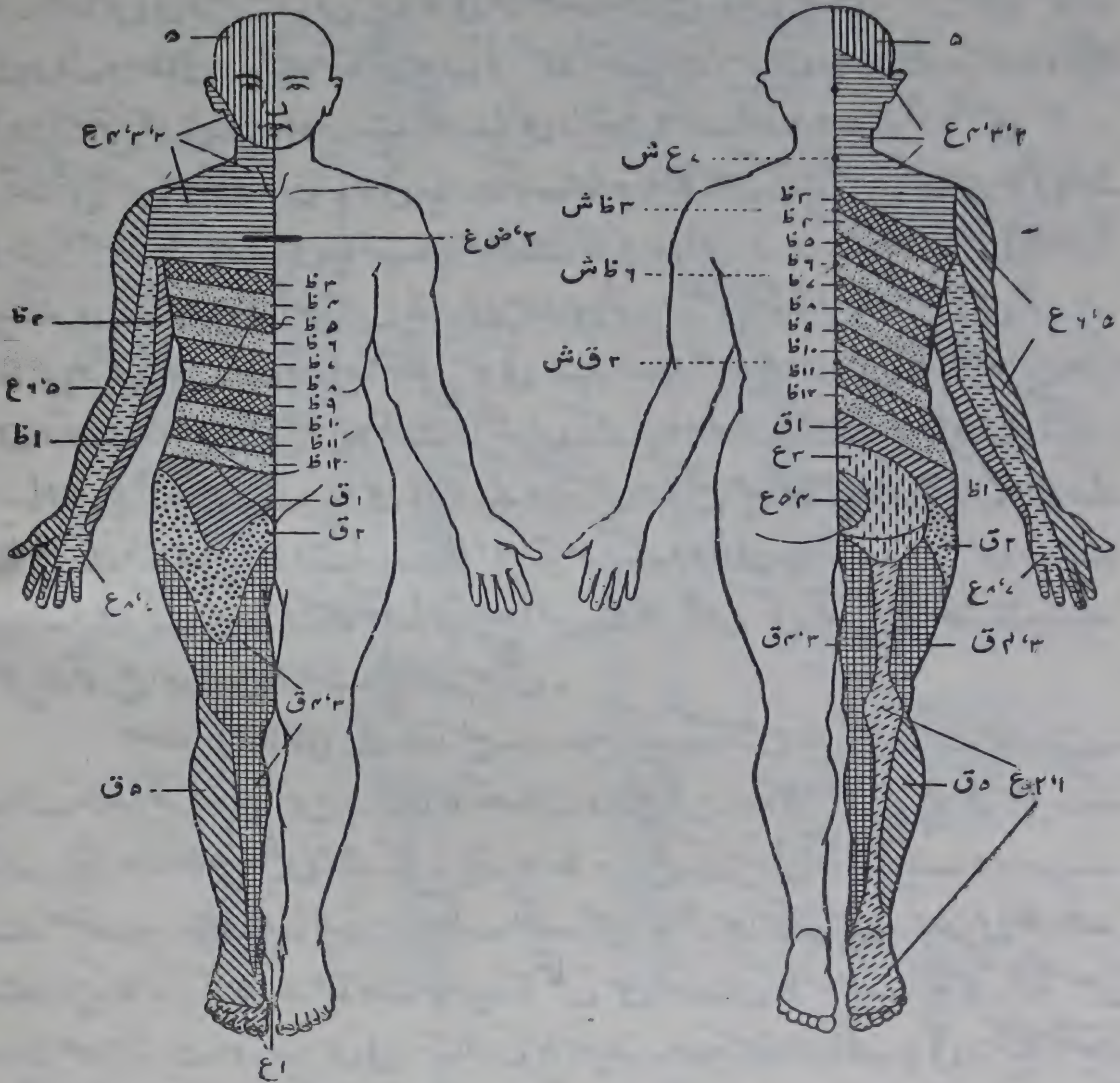


تصویر ۶۶ - خاص اعصاب کی جلدی توزیع ظاہر کرنے کے لئے
(سر جیمز پروی سٹوارٹ کی تقلید میں)۔

لحاظ سے نہایت اختلاف پذیر ہو گی ۔ محیطی عصبی ضرر کی حالت میں، عصب کی توزیع کے اندر تمام قسم کی حس پذیری متاثر ہو جاتی ہے ۔ خلفی عصبی جڑ کے ضرر کی حالت میں بھی یہی صورت حال پائی جاتی ہے ۔ لیکن نخاع کے اندر، ایک جانب کے خلفی ستون کا ضرر ہم جانب جوارح میں وضعی حس اور ارتعاشی حس کا نقصان پیدا کرتا ہے، اور احساس کی دیگر قسموں میں کوئی مداخلت واقع نہیں ہوتی ۔ اگر خلفی ستون کے صرف وسطانی ریشے متاثر ہوں تو حسی نقصان زیرین جارحہ تک محدود رہیگا ۔
600 اگر ضرر عنقی کلانی سے اوپر ہے اور جانبی ریشوں تک محدود ہے، تو وضعی اور ارتعاشی حس کا نقصان بالائی جارحہ تک محدود رہیگا ۔ اس کے برعکس نخاعی عرشی خطہ کا ضرر، جسم کے دوسری جانب پر حرارت، سردی اور درد کے احساس کا نقصان پیدا کر دے گا ۔ چونکہ لمسی حس پذیری جزوی طور پر خلفی ستونوں اور جزوی طور پر نخاعی عرشی خطوں کے ذریعہ منتقل ہوتی ہے، لہذا لمسی احساس کا نقصان صرف اس وقت واقع ہو گا جس وقت ریشوں کے یہ دونوں سلسلے تباہ ہوں گے ۔ ایسا ضرر جو نخاع کے رمادی مادہ کے مرکز میں واقع ہو نخاعی عرشی ریشوں کو ان کے تقاطع کے مقام پر ماؤف کرے گا، اور جسم کے دونوں جانب درد، حرارت اور سردی کے احساس کا نقصان پیدا کرے گا جس کی توزیع مضرت کے محل وقوع اور طولی وسعت پر منحصر ہو گی ۔

معصبہ (fillet) کے تقاطع سے اوپر ایک وسیع ضرر، جسم کے مخالف
601 جانب تمام اقسام کی حس پذیری کا نقصان واقع کر دے گا، اگرچہ چونکہ معصبہ کے ریشے اور نخاعی عرشی خطے کے ریشے وسط دماغ کے لیول تک ایک دوسرے سے علیحدہ رہتے ہیں، لہذا وہ الگ الگ بھی متاثر ہو سکتے ہیں ۔ بصری عرشہ سے اوپر کا ضرر، جسم کے مخالف جانب نامکمل حسی نقصان کا موجب ہو گا ۔ تماس، درد، اور حرارت اور سردی کی انتہاؤں کا خفیف درجہ کا ادراک باقی رہیگا ۔ حقیقتہً عرشہ سے اوپر کے اضرار کی حالت میں ہاتھ اور پاؤں میں احساس سب سے زیادہ متاثر ہوتا ہے اور جوارح کے قربی حصوں اور دھڑ پر نسبتہً بہت کم خلل واقع ہوتا ہے ۔ ضرر قشرہ کے جس قدر قریب ہو گا، اتنا ہی یہ زیادہ احتمال ہو گا کہ حسی نقص متفرق

قسم کا ہو، جس میں احساس کی کثیف قسمیں بہت کم متاثر ہوں گی اور حس پذیری کی فضائی اور تمیزی قسمیں شدت کے ساتھ مختل ہوں گی۔



تصویر ۶۷ جسم انسان کے اصلیتی حسی رقبہ جات بتاتی ہے۔
(سر فرقوھر بزرڈ = Sir Furquhar Buzzard کی تقلید میں)۔

حسی راستہ کے کسی حصہ کے اضرار ایسے احساسات پیدا کر سکتے ہیں جن کو سن پن، جھنجھناہٹ یا کانٹے چبھنے کے طور پر بیان کیا جاسکتا ہے، اور ان کو فسادات حسی کہتے ہیں۔ خاص طور پر ان اضرار کی حالت میں جو کہ جلدی احساس کا جزوی نقصان واقع کرتے ہیں، بسا اوقات ساتھ ہی بیش حسیت پائی جاتی ہے، یعنی اگرچہ احساس پیدا کرنے کیلئے مطلوبہ تہیج طبعی سے زیادہ ہوتا ہے، تاہم جب وقت احساس واقع ہوتا ہے تو وہ غیر طبعی نوعیت کا، غیر معمولی طور پر واضح، بالعموم دردناک ہوتا ہے، اور طبعی سے زیادہ وسیع طور پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔ حسی اعصاب کے اضرار میں درد ایک اختلاف پذیر مقدار ہے۔ جب محیطی شاخچے ماؤف ہوتے ہیں، تو یہ بالعموم نمایاں خصوصیت کا نہیں ہوتا، لیکن عصبی تنوں یا ان کی شاخوں کے اضرار میں شدید ہو سکتا ہے، اور خلفی عصبی جڑوں کے مرض میں تقریباً ہمیشہ واقع ہوتا ہے۔ نخاع کے طولی خطوں کے اضرار بالعموم درد پیدا نہیں کرتے، اگرچہ بعض نمایاں مستثنیات موجود ہیں (مثلاً ہزال ظہری tabes dorsalis: میں) عرشہ پر یا عرشہ کے قریب کے اضرار وسیع توزیع کا درد پیدا کر سکتے ہیں جس کے ہمراہ حساسیت درد (hyperalgesia) پائی جاتی ہے۔

معکوسی وظیفہ - سادہ ترین شکل میں معکوس فعل کی تعریف یہ ہے :- ایک نافذ منتہائی عضو (عضلہ یا غدی خلیہ) میں فعالیت کا اظہار جو کہ ایک آخذ منتہائی عضو کے ہیجان کی مجیبیت میں ہو، جب کہ یہ تہیج آخذ سے نافذ منتہائی عضو تک مرکزی نظام عصبی کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے۔ یہ فعل ارادی طور پر انجام نہیں پاتا، اگرچہ فرد کو اس کا شعور ہوتا ہے۔ لہذا سادہ ترین معکوسی قوس میں کم از کم دو عصبیات ہوتے ہیں، آخذ اور نافذ - بالعموم ان کے درمیان بہت سے رابطی یا ائتلافی ریشے حائل ہوتے ہیں۔

سب سے زیادہ ابتدائی معکوسی نظام وہ ہیں جو کہ غذائی یا ابرازی نظام عضو سے متعلق ہیں۔ ان معکوسات کے مراکز، آنت اور مثانہ کی دیواروں میں عقدی خلیات میں واقع ہوتے ہیں۔ لہذا اس وقت بھی جب کہ نخاع برباد ہو جائے اس قسم کی معکوس فعالیت جاری رہتی ہے۔ تاہم طبعی حالات میں ابتدائی یا پست

معکوسی مراکز کسی حد تک بلند تر مراکز کی فعالیت کے زیر اقتدار ہوتے ہیں یا بعض مثالوں میں اور کسی حد تک پست، مراکز ارادی اقتدار کے تحت ہوتے ہیں۔ جب مرض کے نتیجہ کے طور پر بلند تر مراکز یا ارادہ کا اقتدار زائل ہو جاتا ہے تو پست مراکز کی فعالیت بڑھ جا سکتی ہے اور مثبت علامات کا موجب ہوتی ہے۔ سریری عصبیات میں سب سے زیادہ اہم وہ معکوسی وظیفے ہیں جن کا تعلق وضعی تنش یا توازن کو باقاعدہ رکھنے سے، بول اور تبرز سے، اور جسم کو وافر یا مضرت رساں ہیجان سے بچانے سے ہے۔

وضعی تنش کی باقاعدگی۔ حیوانی فعلیات سے ہم کو یہ علم ہے کہ بلی میں اگر سرخ نواۃ کے لیول، اور آٹھویں عصب کے ادخال کے لیول کے درمیان ساق دماغ کی عبوری تراش لی جائے، تو اس کے نتیجے کے طور پر عضلی تنش کی عام طور پر زیادتی ہوتی ہے، جو ایک خاص نمونہ اختیار کرتی ہے (یعنی باسط گروہوں کا غلبہ)، اور اس کو منزوع الدماغ کرختگی کہتے ہیں۔ انسان میں جیسا کہ ہم پہلے دیکھ چکے ہیں، ہرمی خطوں کے کسی حصہ کے ضرر کے بعد، متاثرہ عضلات میں تنش کی زیادتی ہوتی ہے، اور وہ بھی ایک باقاعدہ نمونہ اختیار کرتی ہے۔ یہ دونوں منظر نہایت قریبی طور پر مشابہ ہوتے ہیں، اور یہ فرض کیا جاتا ہے کہ دونوں حالتوں میں ان کا سبب، معکوسی تنشی مراکز کا اقتدار سے آزاد ہونا ہے۔

اس بڑھی ہوئی عضلی تنش کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ناگہانی کھنچاؤ کی مجیبیت میں معکوسی انقباض بہت ہی زیادہ ہو جاتا ہے۔ لہٰذا کسی عضلہ کے وتر کو تھپک کر اس کو منقبض کرنا اب نسبتۃً زیادہ آسان ہوتا ہے اور انقباض زیادہ تیز ہوتا ہے نیز اگر مفصل پر بیرمیت 602
(leverage) کے ذریعہ کسی عضلہ کو مسلسل کھینچا جائے تو تیز انقباض واقع ہوتا ہے جس کا ردعمل واقع ہو کر مزید انقباض کی تہییج کرتا ہے، وقس علیٰ ہذا۔ اس منظر کو رجفہ (clonus) کہتے ہیں۔

وتری معکوسات کی تخفیف یا فقدان ہر اس ضرر سے واقع ہو سکتا ہے جو کہ متعلقہ معکوسی قوس میں مداخلت کرے۔ اس معکوسی قوس میں حسب ذیل چیزیں شامل ہیں: ۔ درآرندہ ریشے جو عضلہ اور وتر سے آتے ہیں، ایصالی ریشے جو قبل اس کے کہ مقدمی قرنی خلیات سے

تماس کرنے کے لئے رمادی مادے میں داخل ہوں کچھ دور تک خلفی ستونوں میں دوڑتے ہیں، اور زیرین حرکی عصبیتی اکائیاں۔ لہٰذا وتری جھٹکے، محیطی اعصاب، خلفی ستونوں، نخاع کے مرکزی رمادی مادہ یا مقدمی قرنی خلیات کے مرض میں کم ہو جاتے ہیں یا معدوم ہو جاتے ہیں۔

خاص اہمیت کے وتری معکوسات، مع ان کے نخاعی اور محیطی راستوں کے حسب ذیل ہیں۔

معکوسہ	نخاعی قلقہ	محیطی عصب
ذوراسین کا جھٹکا	عنقی ۵ اور ٦	عضلی جلدی
ثلاثۃ الرؤوس کا جھٹکا	عنقی ٦ اور ۷	عضلی مرغولی
باطحہ کا جھٹکا	عنقی ۵ اور ٦	عضلی مرغولی
رکبی جھٹکا	قطنی ۲، ۳ اور ۴	مقدم ساقی
ٹخنہ کا جھٹکا	عجزی ۱ اور ۲	نائی

توازن (equilibrium)— قوت جاذبہ (gravity) کے لحاظ سے جسم کی، جسم کے لحاظ سے سر کی، اور سر کے لحاظ سے آنکھوں کی صحیح وضع قائم رکھنا، وضعی تنش کا وظیفہ ہے۔ لیکن چونکہ توازن کے اختلالات، عصبیاتی علامات کا ایک اہم گروہ ہیں، لہٰذا توازن کی فعلیات ایک جداگانہ تشریح کی محتاج ہے۔

توازن کا قیام خاص طور پر درآرندہ صدمات پر منحصر ہوتا ہے جو کہ تین منبعوں سے ماخوذ ہوتے ہیں، آنکھوں سے، تیہات سے، اور خود عضلات سے۔ یہ درآرندہ صدمات ایسے معکوسی مراکز میں جو ساق دماغ اور ذمیغ کے اندر واقع ہوتے ہیں، ہم آہنگ ہوتے ہیں اور متناسب عضلات کو تنشی صدمات کی ایک مسلسل رو بہم پہنچاتے ہیں۔

وہ صدمات جو خود عضلات سے ماخوذ ہوتے ہیں نہایت ہی اہم ہوتے ہیں۔

ایک آدمی جس کے دونوں تیہات تلف ہو گئے ہوں استادہ وضع میں قایم رہ سکتا ہے، اور آنکھیں بند کر کے چل پھر سکتا ہے، اس کے برخلاف ایک مریض جسمیں خلفی ستونوں کے اتلاف کی وجہ سے عضلی حس پذیری زائل ہو گئی ہو، آنکھوں اور تیہات کے صحیح و سالم ہونے کے باوجود توازن کا شدید اختلال ظاہر کرتا ہے۔ وہ صدمات جو کہ آنکھوں سے ماخوذ ہوتے ہیں کمترین اہمیت رکھتے ہیں۔

انسان میں تیہ کا خاص وظیفہ، سر اور آنکھوں کا توازن قایم رکھنا ہے۔ ہر طرف کا تیہ سر اور آنکھوں کو درمیانی خط کی طرف دباتا ہے۔ چنانچہ بائیں تیہ کے اتلافی ضرر کی حالت میں، قذال بائیں شانہ کی طرف گر پڑنے کا رجحان رکھتا ہے۔ اور جب مریض کو اپنے انتہائی دائیں طرف دیکھنے کو کہا جائے تو دائیں تیہ کے بے روک فعل کی وجہ سے آنکھیں بائیں طرف کو چلی جاتی ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر مریض دائیں طرف انحراف کرنے کی کوشش جاری رکھے، تو عضلات چشم کا باقاعدہ اہتزاز واقع ہوتا ہے جس کو رقص المقلہ (nystagmus) کہتے ہیں۔

وہ علامات جو کہ تیہات کے اتلافی ضررات سے پیدا ہوتے ہیں، ضرر کی حدت کے لحاظ سے بہت ہی اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ اگر تدریجی اتلاف ہو تو ہم آہنگ کرنے والے مراکز تعویض کے ذریعہ ان سے نپٹ سکتے ہیں، لہذا کوئی علامت نمودار نہیں ہوتی، لیکن ایک حاد ضرر شدید دوران سر پیدا کر سکتا ہے، بلکہ مریض کو زمین پر گرا دیتا ہے۔ انسان میں ہم آہنگ کرنے والے مراکز کا صحیح محل وقوع نامعلوم ہے، لیکن ساق دماغ کے ہر اس حصہ کا ضرر جو کہ لب سے لے کر تیسرے بطین کے خلفی سرے کے یا دمیغ کے لیول تک ہو، توازن کا اختلال اور رقص المقلہ پیدا کر سکتا ہے۔

603 تبول، انسان میں شانہ پر اقتدار کی تحقیقات حال ہی میں ڈینی براون (Denny-brown) اور رابرٹسن (Robertson) نے کی ہے، اور جن خاص نتائج پر وہ پہنچے ہیں وہ حسب ذیل ہیں:۔

شانہ اور اس کے عاصرات (اندرونی اور بیرونی) کی عصبی رسد تین منبعوں سے ماخوذ ہوتی ہے، ان میں سب سے زیادہ اہم حوضی اعصاب کا وہ جوڑا ہے جو کہ دوسری، تیسری اور چوتھی عجزی جڑوں سے نکلتا ہے۔ ان اعصاب کی تہییج، شانہ کی

دیوار (عضلۂ مخرج بول = detruser) کا انقباض اور اندرونی عاصرہ ہی کا ارتخا پیدا کرتی ہے۔ حیاتی اعصاب، جو کہ دوسری، تیسری اور چوتھی عجزی جڑوں سے ہی ماخوذ ہوتے ہیں، بیرونی عاصرہ کی تعصیب کرتے ہیں، اور ان کی تہییج پر اس کا انقباض واقع ہوتا ہے۔ رسد کا تیسرا منبع، خثلی اعصاب کی راہ سے آتا ہے، جو کہ گیارھویں اور بارھویں صدری اور پہلی قطنی جڑوں سے ماخوذ ہوتے ہیں۔ ان اعصاب کی تہییج اندرونی عاصرہ کا انقباض اور عضلۂ مخرج بول کا کسی قدر امتناع پیدا کرتی ہے۔ تاہم ایک حیوان میں دونوں خثلی اعصاب کی تراشش تبول کا بہت کم اختلال پیدا کرتی ہے، یا بالکل نہیں کرتی۔ لہٰذا عصبی رسد کا یہ منبع نسبتہً کوئی اہمیت نہیں رکھتا۔ اگر ان تمام اعصاب کو کاٹ کر الگ کر دیا جائے اور اس طرح مثانی ضفیرہ اکیلا رہ جائے تو مثانہ اپنے مافیہا کو وقفوں کے ساتھ خارج کرتا رہے گا۔

طبعی حالات میں مثانہ کے اندر سیال کا اجتماع، اس کی دیواروں کے لے دار انقباضات پیدا کرتا ہے۔ یہ انقباضات ایک مانع اثر کے اقتدار میں رہتے ہیں جو پست جسموں پر تحت شعوری طور پر عمل کرتا ہے۔ قوت ارادی اس مانع اثر کو بڑھا سکتی یا معور کر سکتی ہے۔ چنانچہ اگر پیشاب کرنے کا ارادہ کیا جائے تو اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انقباض کی قوت بڑھ جاتی ہے اور اندرونی عاصرہ کا متلازم ارتخاء واقع ہوتا ہے، اور بعد ازاں بیرونی عاصرہ کا بھی، اور تبول کا فعل واقع ہوتا ہے۔ اس کے برعکس، اس وقت بھی جبکہ مثانہ بھرا ہوا ہو، قوت ارادہ کے ذریعہ انقباض کا امتناع کیا جا سکتا ہے، اور اگر اس کے ساتھ بیرونی عاصرہ کا ارادی انقباض بھی شامل ہو تو تبول روک دیا جاتا ہے۔ جن راستوں کے ذریعہ یہ اقتدار عمل میں لایا جاتا ہے وہ ہرمی خطوں کے بالکل قریب واقع ہوتے ہیں۔

مثانہ کا معمول تمدد، بڑھتی ہوئی بے آرامی کا موجب ہوتا ہے۔ لے دار انقباضات پست جسموں پر کوئی احساس پیدا نہیں کرتے، لیکن جیسے جیسے مثانہ کی دیوار متمدد ہوتی جاتی ہے وہ شعور کے اندر داخل ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔

نخاع یا ذنب الفرس کے ناگہانی ضرر کے بعد مخرج البول مثانی عضلہ

(detruser vesicæ) کا شلل اور اندرونی عاصرہ کا تشنجی انقباض واقع ہوتا ہے۔
نخاعی صدمے کی ہیئت سے صحتیابی ہو جانے کے بعد قسری تبول نمودار ہوتا ہے۔
ذنب الفرس کے ضرر کی حالت میں پیشاب کا حجم جو کہ مثانہ میں پایا جاتا ہے تھوڑا ہوتا ہے اور اخراج کمزور ہوتا ہے۔ نخاع کے ایسے ضرر کے بعد جس میں عجزی فلقات اور مثانہ کے ساتھ ان کے تعلقات صحیح و سالم رہیں، یہ حشاء زیادہ تمدد کی قابلیت رکھتا ہے اور زیادہ زور کے ساتھ منقبض ہوتا ہے، اور دیگر معکوسات کو بروئے کار لاکر جو کہ نخاع کے جداشدہ فلقات پر منحصر ہوتے ہیں، تبول کے فعل کا امتناع یا تسہیل کی جاسکتی ہے۔

تبرز (defecation) ۔ ڈینی برون اور رآبرٹسن نے تبرز کے عصبی اقتدار پر بھی تحقیقات کی ہے، اور وہ اس نتیجے پر پہنچے ہیں کہ اس کا میکانیہ تبول کے میکانیہ کے ساتھ قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ معاء مستقیم اور مبرزی قنال (بشمول اندرونی عاصرہ) کی خاص عصبی رسد حوضی اعصاب سے ماخوذ ہے جو کہ دوسری، تیسری اور چوتھی عجزی جڑوں سے نکلتے ہیں۔ بیرونی عاصرہ کی عصبی رسد حیائی اعصاب سے ماخوذ ہوتی ہے، جو کہ دوسری، تیسری، چوتھی عجزی جڑوں ہی سے نکلتے ہیں۔

تاہم اگر مستقیم اور مبرز اس عصبی رسد سے الگ ہو جائیں تو قسری تبرز واقع ہوسکتا ہے جو کہ اُن معکوسی مراکز کے وظیفہ پر منحصر ہوتا ہے جو ان احشا کی دیواروں میں واقع ہوتے ہیں مستقیم کی دیواروں پر تناؤ پیدا ہونے سے عضلی انقباض واقع ہوتا ہے جس کے ساتھ اندرونی عاصرہ کا متلازم ارتخاء واقع ہوتا ہے۔ یہ سارا عمل غیر ارادی ہوتا ہے، اگرچہ شکمی دیوار کو ارادی طور پر منقبض کرنے سے اس میں تسہیل ہوتی ہے۔ تبرز پر ارادی اقتدار، بیرونی عاصرہ کے فعل تک محدود ہوتا ہے، جس کو حسب ارادہ کھولا اور بند کیا جاسکتا ہے۔ جب مستقیم کے مرکزی عصبی تعلقات صحیح و سالم ہوں، تو معکوسی انقباضات ترقی پذیر نوعیت اور بہتر امتزاج ظاہر کرتے ہیں، چنانچہ مجیبیت اس سے زیادہ ضخیم اور زیادہ مکمل ہوتی ہے کہ جتنی مرکزی اقتدار سے مستقیمی ضفیرہ کے الگ 60
ہو جانے کی حالت میں ہوتی ہے۔ نخاع یا ذنب الفرس کے ضرر کے بعد ایک

ہیئت ایسی آتی ہے کہ جس میں مستقیمی معکوسہ کا امتناع ہوتا ہے اور اندرونی عاصرہ کی تنش بڑھ جاتی ہے۔ اس کے بعد قسری تبرز قایم ہو جاتا ہے، اور اس میں ارادی اقتدار کی عدم موجودگی، بیرونی عاصرہ کے شلل کی وجہ سے ہوتی ہے۔

محافظ اور دوسرے معکوسات۔ ان محافظ معکوسات میں سے کہ جو سریری تحقیقات میں اہمیت رکھتے ہیں، سادہ ترین قرنیتی معکوسہ ہے، یعنی آنکھ کا بند ہونا ایک ایسے تہییج (لمسی یا دوسرے) کی مجیبیت میں جو کہ قرنیہ کو لگایا جائے۔ معکوسی قوس میں درآرندہ طرف ثلاثی توأمی عصب شامل ہے۔ قرنیتی سطح کے اکثر حصہ کو عینی قسمت سے رسد پہنچتی ہے، لیکن اس کے محیط کے زیرین حصہ میں ایک چھوٹا سا فلقہ ایسا ہے کہ جس کو فکی سے رسد پہنچتی ہے۔ برآرندہ ریشے وجہی عصب کی وہ شاخیں ہیں جو کہ عضلۂ محیط الجفن کو رسد دیتی ہیں۔ قرنیتی معکوسہ مذکورہ بالا درآرندہ یا برآرندہ ریشوں کے اضرار کی وجہ سے گیسیری پائی عقدہ، توأمی ثلاثی عصب کی حسی جڑ یا نواۃ، یا ساتویں عصب کے نواۃ یا تنہ کے اضرار کی وجہ سے گھٹ سکتا یا زایل ہو سکتا ہے۔

حدقی معکوسہ۔ روشنی سے پتلی کا معکوس طور پر سکڑ جانا ایک معنی میں یہ بھی ایک محافظ معکوسہ ہے۔ درآرندہ راستے میں شبکیہ بصری اعصاب اور بصری خطے، اور فوقانی رباعی توأمی اجسام میں کے اوّلی استبصاری مراکز شامل ہیں۔ یہاں سے ایتلافی ریشے دونوں طرف کے ان درآرندہ راستوں کو پتلیوں کی تعصیب کرنے والے خلیات سے وابستہ کر دیتے ہیں جو کہ تیسرے عصب کے نواتوں کے اگلے حصہ میں واقع ہیں۔ چنانچہ ایک آنکھ کی تنویر کی مجیبیت میں دونوں پتلیاں سکڑ جاتی ہیں۔ یہ معکوسہ شبکیہ، بصری عصب، بصری خطوں، فوقانی رباعی توأمی اجسام، تیسرے عصب کے نواتوں یا تیسرے عصب کے اضرار سے گھٹ جا سکتا یا زائل ہو سکتا ہے۔ ایک ہی بصری عصب کے ضرر کی حالت میں، اس طرف کی آنکھ کی تنویر کسی پتلی کو بھی نہیں سکیڑتی، لیکن دوسری آنکھ کی تنویر دونوں پتلیوں کو ہم زماں طور پر سکیڑ دے گی۔ ان حالات میں متاثرہ جانب کی پتلی کے متعلق کہا جاتا ہے کہ وہ براہ راست تہییج کا نہیں، بلکہ ہم احساس تہییج کا ردِ عمل کرتی ہے۔ پتلیوں کا وہ انقباض جو کہ عینی استدقاق اور توفیق کے

ہمراہ واقع ہوتا ہے، ایک ابتلاقی حرکت ہے نہ کہ ایک معکوسہ۔

اخمصی معکوسہ۔ یہ معکوسہ بہت بڑی اہمیت رکھتا ہے۔ طبعی حالات میں انسان میں پاؤں کے تلوے کی تہییج (جس میں زور سے خط کھینچ کر تماس کیا جاتا ہے) انگوٹھے کی خمیدگی واقع کرتی ہے۔ اگر ہرمی خطہ کا ضرر موجود ہو تو اس حرکت کا الٹ واقع ہوتا ہے یعنی انگوٹھا اوپر کو حرکت کرتا ہے (باسط اخمصی مجیبیت)، اور اس حرکت کے ہمراہ بسااوقات سارے کے سارے زیرین جارحہ کے خم کن عضلات سکڑتے ہیں۔ نخاع کے مکمل عرضی ضرر کی حالت میں، جب نخاعی صدمہ کی ہیئت گزر جاتی ہے، تو خم کن عضلات کا انقباض صرف اس جارحہ تک محدود نہیں رہتا کہ جس کے تلوے کی تہییج کی جاتی ہے۔ ممکن ہے دونوں جوارح، ایک طاقتور خم کن تشنج (کلی معکوسہ) کی صورت میں ہم زماں طور پر کھنچ آئیں۔ انگوٹھے کی یہ اوپر جانے کی حرکت، اور اس کے ساتھ ایک یا دونوں زیرین جوارح کا خم کن تشنج، دوسرے رقبہ جات سے بھی حاصل ہو سکتا ہے، خاص طور پر اگر استعمال کردہ تہییج مضرت رساں قسم کا ہو (کھرونچا مارنا یا چٹکی لینا)۔ نخاع کی عبوری تراش جس قدر زیادہ مکمل ہوگی، معکوس زا منطقہ اتنا ہی زیادہ وسیع ہوگا، اور کلی معکوسہ کا اتنا ہی زیادہ رجحان ہوگا۔ چنانچہ ایک مکمل ضرر کی حالت میں زیرین جوارح کے کسی بھی حصہ پر الپن کے ذریعے خط کھینچنے سے کلی معکوسہ (massive reflex) کی تحریک ہو سکتی ہے۔

اس معکوسہ کی نوعیت، کہ باسط اخمصی مجیبیت جس کا ایک حصہ ہے، ابتلاقی ہے کہ یہ پیچھے ہٹنے کی ایک محافظ حرکت ہے۔ معکوسی مراکز جو اس سے متعلق ہیں، نخاع کے زیریں حصہ میں واقع ہیں۔ طبعی حالات میں اوپر سے ان کا امتناع ہوتا ہے اور ان کی فعالیت صرف اس وقت ظاہر ہوتی ہے جب کہ مرض کی وجہ سے یہ امتناعی اثر دور ہو جائے۔

شکمی معکوسات۔ جب خط کھینچ کر تماس کر کے یا ہلکے سے کھرچ کے شکمی دیوار کی تہییج کی جاتی ہے تو طبعی حالات میں زیر افتادہ عضلات کا زوردار انقباض واقع ہوتا ہے۔ غالباً یہ محافظ اصل رکھتا ہے، اور چوپایوں میں اس کا مقصد مکھیوں کو جھٹکنا ہے۔ جب جلد سے آنے والے درآئندہ اعصاب، یا عضلہ کو جانے والے

605 حرکی اعصاب تلف ہو جاتے ہیں، نیز جب عضلات پلپلے اور بے تنش ہوں جیسے کہ کثیر الولادت عورتوں یا فربہ افراد میں، تو یہ منعکسہ زائل ہو جاتا ہے۔ اس سے زیادہ اہم تر واقعہ یہ ہے کہ شکمی منعکسات ہرمی خطوں کے مرض میں زائل ہو جاتے ہیں۔

مرکزی نظام عصبی کی دموی رسد

دماغ کے شرائین۔ اس امر کے پیش نظر کہ نزف، سدادیت اور شریانی علقیت، دماغی مرض کے کثیر الوقوع اسباب ہیں، دماغ کی شرائین کی توزیع نہایت اہمیت رکھتی ہے۔

مقدم دماغی شریان (anterior cerebral artery) فوقانی جبہی تلفیف کو، اور نیم کرۂ دماغ کی اندرونی سطح کو پیچھے قذالی جداری شق تک رسد پہنچاتی ہے۔ **وسطی دماغی شریان** (middle cerebral artery) دماغ کی بیرونی محدب سطح کے زیادہ تر حصے کو رسد پہنچاتی ہے، فی الحقیقت فوقانی جبہی اور قذالی تلافیف کے سوائے سب کو۔ یعنی وہ دوسری اور تیسری جبہی، پیش مرکزی اور پس مرکزی، جداری اور بالائی اور وسطی صدغی وتدی تزارید کو رسد پہنچاتی ہے۔ **موخر دماغی** (posterior cerebral) **شریان** لختۂ قذالی کی بیرونی سطح پر، اور تمام اندرونی یا خیمتی سطح کو رسد پہنچاتی ہے، یعنی مقدم دماغی شریان کی توزیع کی حد سے لے کر صدغی لختہ کی نوک تک (جس کو وسطی دماغی شریان سے رسد پہنچتی ہے)۔ **فقری** (vertebral) اور **قاعدی** (basilar) شرائین دُمَیغ اور جسر فارمولی کو رسد پہنچاتی ہیں۔

دماغ کے مرکزی حصے، مع بڑے عقود کے، ان شاخوں سے رسد حاصل کرتے ہیں جو دائرۂ ولیس (circle of Willis) اور تین دماغی شرائین کے مبداؤں سے باہر نکل کر عصبی جرم کے اندر انتصاباً چلی جاتی ہیں، اور ایک دوسرے کے ساتھ یا قشری نظام کی شرائین کے ساتھ تفمم نہیں کرتیں۔ یہ مندرجۂ ذیل گروہوں میں منقسم ہیں: ایک گروہ جس کا نام **داخلی مخطط** (internal striate) ہے نواۃ عدسیہ کے دو اندرونی حصوں کو اور کیپسولۂ داخلی کے اگلے حصے کو رسد پہنچاتا ہے۔

دوسرا گروہ یعنی عدسی مخطط (lenticulo-striate)، نواۃ عدسیہ کے بیرونی حصے کو رسد پہنچاتا ہے۔ اور تیسرا گروہ، یعنی عدسی بصری (lenticulo-optic)، عرشہ کے اگلے حصے کو رسد پہنچاتا ہے۔ عدسی مخطط گروہ میں کی ایک بڑی عرق کو شارکو (Charcot) نے شریانِ نزفِ دماغی (artery of cerebral hæmorrhage) کا نام اس لیے دیا کہ اکثر اسی کا انشقاق سکتہ (apoplexy) کا سبب ہوتا ہے۔

بڑی شرائین سے مرکزی عقود کے تعلقات حسب ذیل ہیں:۔
نوافۂ ذنبیہ اپنی دموی رسد مقدم اور وسطی دماغی شرائین سے حاصل کرتا ہے۔
نوافۂ عدسیہ مقدم مشیمیتی (anterior choroid) اور وسطی دماغی ہے۔
عرشۂ بصری موخر رابطہ کی مرکزی شاخوں (posterior communicating central branches) سے اور موخر دماغی سے۔ اجسام دباعیہ توأمیہ اور اجسام ذکبیہ مؤخر دماغی سے۔ داخلی کبسہ اپنے اگلے نصف میں مقدم دماغی اور وسطی دماغی سے، اور پچھلے نصف میں موخر رابطہ مقدم مشیمیتی اور وسطی دماغی شرائین سے۔

سٹینلے کاب (Stanley Cobb) اور دوسروں نے یہ ثابت کر دکھایا ہے کہ دماغ کی شرائین عرق حرکی اعصاب کے اقتدار میں ہوتی ہیں۔ مضیق العروق ریشے، عنقی مشارکی نظام سے ماخوذ ہوتے ہیں، اور خاص شرائین کے ہمراہ جمجمہ میں داخل ہوتے ہیں۔ موسع العروق ریشے جسر سے نکل کر وجہی عصب کی راہ سے رکبی عقدوں میں پہنچ جاتے ہیں، جہاں سے ان کی توزیع دماغی عروق میں ہو جاتی ہے۔ حیوان میں عصبِ تائہہ (vagus) کے مرکزی کٹے ہوئے سرے کی برقی تہییج سے دماغی شریانوں کا معکوس اتساع انہی مجریات سے ہوتا ہے۔

دماغی عروق میں عرق حرکی اقتدار کے اس دوہرے نظام کی موجودگی کے معنی یہ ہیں کہ قشرہ میں ویسے ہی عرق حرکی اختلالات ہونے کا امکان ہے، کہ جیسے جلد میں واقع ہوتے ہیں، جیسے تمتماہٹ، شحوب، اور آذیما۔

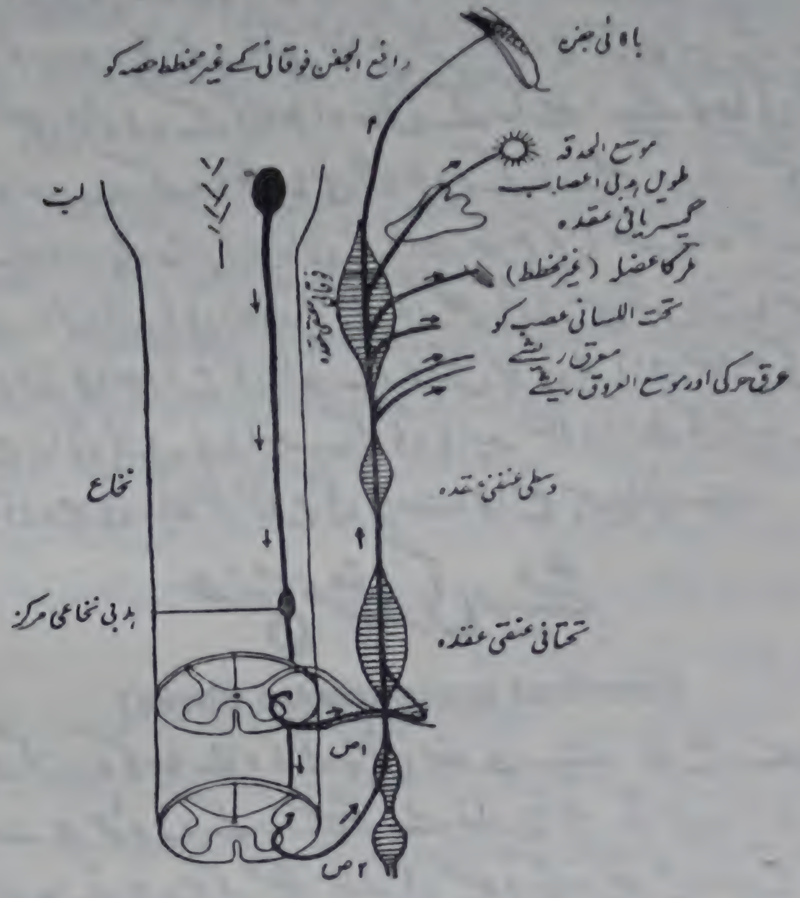
نخاع کے شرائین۔ مقدم نخاعی شریان، فقری شریانوں میں سے
اس جگہ جہاں وہ ملتی ہیں ایک سے ماخوذ ہے، اور یہ دوسری فقری شریان سے بھی
ایک چھوٹی سی رابطہ شاخ وصول کرتی ہے۔ یہ نخاع کے سامنے، وسطی خط میں نیچے
کو جاتی ہے، اور اپنے ہر سے زاویۂ قائمہ پر ناقب شاخیں دیتی ہے، جو رمادی مادہ
کے مقدم قرن کو رسد دیتی ہیں۔ خلفی نخاعی شرائین، جو فقری شرائین سے ہی ماخوذ
ہوتی ہیں، خلفی عصبی جڑوں کے نقاط ادخال کے سامنے، نیچے کو جاتی ہیں۔ یہ تین
شرائین ایک دوسرے کے ساتھ جانبی شاخوں کے ذریعے ربط رکھتی ہیں، جو
نخاع کے گرد پے در پے زنجیریں بناتی ہیں، اور نخاع کو ناقب شاخوں کے ذریعے
رسد پہنچتی ہے۔ اس شریانی نظام کو چھوٹی چھوٹی ایسی شریانیں تقویت دیتی
ہیں، جو ہر میاں فقری سوراخ کی راہ سے داخل ہوتی ہیں، اور نخاع کی دموی رسد 606
کا ایک اہم منبع بناتی ہیں۔ لہٰذا جب کوئی بالید مثلاً واسطہ کی میاں فقری سوراخوں
کے سلسلہ پر حملہ آور ہوتی ہے، تو نخاع کی لینت واقع ہو جاتی ہے۔

عنقی مشارکی ریشے

(cervical sympathetic fibres)

سر اور گردن کو جانے والے پیش عقدی ریشے نخاع سے دونوں جانب کی دو بالائی صدری جڑوں کے راستے سے خارج ہوتے ہیں، اور پھر ان عقدی خلیوں میں چلے جاتے ہیں جو کہ عنقی مشارکی عقود کی زنجیر میں واقع ہیں۔ اپنی رسد کے رقبہ میں عضلاتِ مضیق العروق **(vasoconstrictor muscles)** اور غددِ مُعرِّق **(sweat-glands)** کی تعصیب کرنے کے علاوہ وہ آنکھ سے متعلق بعض مخصوص وظائف رکھتے ہیں، یعنی عضلۂ مُلر **(muscle of Muller)** کو رسد پہنچانا، جو کہ محجر کی پشت پر وتدی فکی حفرہ کو عرضاً عبور کرتا اور آنکھ کو آگے کی طرف دھکیلتا ہے، اس عضلہ میں کے غیر مخطط ریشوں کو رسد پہنچانا جو بالائی پپوٹے کو اوپر کو اٹھاتا ہے، اور پتلی کے عضلۂ توسیعیہ کو رسد پہنچانا۔ ان وظائف میں ہم آہنگی پیدا کر دینے کا کام ایک مرکز انجام دیتا

جو لبؔ میں واقع ہے اور جس سے ریشے نکل کر نیچے کے طرف ایک اسفل مرکز کو جاتے ہیں (ہدبی نخاعی مرکز : cilio-spinal centre جو نخاع کے آٹھویں



شکل ۸۰ عنقی مشارکی کے عینی حدقی ریشوں کے مر کی تصویر (مسٹر جی پوویس سٹواہرٹ سے لی گئی ہے)۔

عنقی قطعہ میں ہے)۔

اس سے معلوم ہو گا کہ لبؔ، عنقی نخاع، دو بالائی صدری جڑوں، یا عنقی مشارکی زنجیر کے کسی ضرر سے ان وظائف میں خلل واقع ہو سکتا ہے۔ ایک جانبی عنقی مشارکی شلل کے سریری علامات حسب ذیل ہوتے ہیں: تضیقہ، استرخاء الجفن

(ptosis)، غوُورالعین (enophthalmos)، پتلی کا سکڑ کر تنگ ہو جانا، اتساع عروق اور ماؤف جانب پر تعریق کا امتناع۔

دماغی نخاعی سیال

مشیمیتی ضفیرہ کے خلیات، دماغی نخاعی سیال کا افراز، خون سے دماغ کے جانبی بطینوں کے اندر کرتے ہیں۔ وہاں سے یہ سیال سوراخہائے منرو

607 (foramina of Monro)، بطین سویم اور مصیف سلفیوس (aqueduct of Sylvius) کی راہ سے بطین چہارم کے اندر جاتا ہے اور اسی طرح سوراخ مجنیندی کی راہ سے فضائے تحت العنکبوتیہ (subarachnoid space) کے اندر جہاں وہ سارے دماغ اور نخاع کو گھیرتا ہے۔ جب عروق مغذی دماغ اور نخاع کے جرم میں داخل ہوتے ہیں تو وہ اپنے آگے کے اُمّ حنونہ کو منغمد کر دیتے ہیں، چنانچہ ان کے گرد وگرد عروقی فضائیں بن جاتی ہیں، جو زیر عنکبوتی فضاء کے ساتھ مسلسل ہوتی ہیں اور جن کے اندر دماغی نخاعی سیال موجود ہوتا ہے۔ کچھ شہادت یہ ظاہر کرتی ہے کہ ان گرد عروقی فضاؤں میں کا سیال خون اور عصبی خلیات کے درمیان تبادلے کے واسطہ کا کام انجام دیتا ہے یعنی وہی کام جو کہ لمف جسم کی دوسری ساختوں میں انجام دیتا ہے، نیز یہ کہ عصبی تحول سے پیدا ہونے والے فضلات کی ترسیل اسی راستہ سے دماغی نخاعی سیال کے اندر ہو جاتی ہے۔ اسی واسطے قطنی کچوکے (lumbar puncture) سے حاصل کردہ سیال میں مشیمیتی ضفیرے کے خالص افراز کے علاوہ یہ فضلات بھی موجود ہوں گے۔ جوئے خون کے اندر اس سیال کے جذب ہونے کا راستہ غشائے عنکبوتی کے ان دقیق انعقادات کی راہ سے ہے جو دماغ کے وریدی جوفوں کی دیواروں کے اندر موجود ہوتے ہیں (عنکبوتی خملات = arachnoid villi) اور انجذاب کی شرح معمولاً افراز کی شرح سے متوازی ہوتی ہے۔

مرض کے نتیجے کے طور پر ممکن ہے بطینی نظام سے دماغی نخاعی سیال کا خارجی بہاؤ رک جائے، ایسی حالت میں اس کا وہ حصہ جو تسدد سے قریبی طرف واقع ہے متمدد ہو جاتا ہے۔ اس طرح جو اتساع واقع ہوتا ہے، درون جمجمی دباؤ

کی بہت بڑی زیادتی کا موجب ہوتا ہے۔

محیطی اعصاب اور عصبی جڑوں کے اضرار

محیطی اعصاب میں سے ایک کا ضرر، عضلی کمزوری اور لاغری پیدا کرتا ہے۔ نیز احساس کا نقصان، جس میں احساس کی تمام قسمیں متاثر ہوتی ہیں۔ اور معکوسی وظیفے کا نقصان۔ تصویروں کی مدد سے ان تغیرات کی توزیع کا مطالعہ کیا جاسکتا ہے۔ متقدم یا موخر عصبی جڑوں کے اضرار، علی الترتیب حرکی اور حسی علامات پیدا کرتے ہیں، اور دونوں مثالوں میں معکوسی وظیفے کا نقصان ہوتا ہے۔ مناسب تصاویر اور جدولوں کے ذریعہ ان کی توزیع کا مطالعہ بھی کیا جا سکتا ہے۔

نخاع کے اضرار

عرضی ضرر کے نتائج کا ظہور بالخصوص اس طرح ہوتا ہے کہ نخاع کی ایصالی قوت میں مداخلت ہو جاتی ہے۔ لیکن اگر یہ ضرر انتصاباً کچھ بھی وسیع ہو تو عصبی خلیوں پر اس کے اثرات پر بھی غور کرنا چاہیئے، مثلاً بالائی اور زیریں عصبیے دونوں متاثر ہو جاتے ہیں۔ یہ نتائج اس لحاظ سے بھی مختلف ہوتے ہیں کہ ضرر دوجانبی ہے یا یک جانبی کیونکہ عمل تقاطع میں حرکی اور حسی ریشوں کے درمیان فروق پائے جاتے ہیں۔

یک جانبی عرضی ضرر کے نتائج اس نقطۂ نظر سے کہ وہ ایصال کو متاثر کرتا ہے (علامیہ براؤن سیکارڈ)

ضرر کے مخالف جانب پر نیچے۔	اسی جانب پر کہ جس جانب ضرر ہے اور اسکے نیچے۔
لمس، درد، حرارت اور برودت کی حسوں کا نقصان۔	عضلات کا شلل۔
	حساسیت درد (hyperalgesia)۔
عضلی قوت اور تغذیہ، عضلی حس، معکوسی فعل، اور تیبش طبعی ہوتے ہیں۔	جوارح کی وضع کی حرکات مجہول کی، جلد پر جو نوکیں لگائی جائیں ان کی علٰحدگی کی، اشیا کی جسامت، شکل، وزن اور قوام کی اور شر

کے دوشاخہ (tuning fork)
کے ارتعاشات کی شناخت کا نقصان۔
وتری جھٹکے پہلے کم اور پھر زیادہ ہوجاتے ہیں۔
اخمصی معکوسہ باسط (plantar
reflex extensor) ہوتا ہے،
اور شکمی معکوسے غائب ہوتے ہیں (بشرطیکہ
ضرر اتنا کافی بلند ہو کہ اُن کو ماؤف کردے)۔
وعاحرکی شلل اور ارتفاع تپش۔
حس لمس، نیز درد، حرارت اور برودت کی
حس، اور تغذیۂ عضلات اور اُن کے
برقی تعاملات باقی رہتے ہیں۔

دوجانبی عرضی ضرر کے نتائج اس نقطۂ نظر سے کہ وہ ایصال کو متاثر کرتا ہے

ضرر کے لیول سے نیچے عدم حسیت۔
ضرر کے لیول سے نیچے تمام عضلات کا شلل۔ لاغری نہیں ہوتی۔ برقی تعاملات متغیر نہیں ہوتے۔ شکمی تعاملات غیر موجود ہوتے ہیں۔ وتری جھٹکے زیادہ ہوجاتے ہیں۔ اخمصی مجیبتیں باسط ہوتی ہیں۔
عاصری اقتدار کا نقصان۔

یہ علامات بعض حالات کے ساتھ حسب ذیل اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔
اگر ضرر کا آغاز حاد ہے تو ابتداءً، نخاعی صدمے کے زمانے میں، مشلول عضلات کا کامل ارتخا ہوتا ہے اور ساتھ ہی وتری جھٹکے اور اخمصی مجیبتیں زائل ہوجاتی ہیں۔ چند ہفتوں کے بعد، اگر ضرر نامکمل ہے تو مشلول جوارح بسط شدگی کی حالت میں تشنجی ہوجاتے ہیں، اور ساتھ ہی وتری جھٹکے زیادہ اور اخمصیات باسط ہوجاتے ہیں۔ اگر ضرر کامل ہے تو مشلول عضلات مرتخی رہتے ہیں، لیکن جوارح زیرین میں خم کن عضلات کے

غیر ارادی تشنج ہوتے ہیں جن کا نتیجہ تقبقض ہو سکتا ہے۔ وتری جھٹکے عود کر آتے ہیں۔ اخمصی مجیبیتیں باسط ہوتی ہیں۔

ہر ایک اصابت میں ان علامات پر اُن علامات کا اضافہ ہو سکتا ہے جو مخصوص ماؤف فلقہ کے عصبی خلیات کی نقصان رسیدگی سے پیدا ہو جاتے ہیں، نیز ان حرکی اور حسی ریشوں کی نقصان رسیدگی سے جو اگلی اور تحصیلی عصبی جڑوں کے ذریعہ اس کے ساتھ براہ راست ملحق ہوتے ہیں۔ یہ علامات قدرتی طور پر ضرر کے لیول کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں۔

بالائی عنقی خطے کا دوجانبی ضرر چاروں جوارح کا تشنجی شلل اور ساتھ ہی ماؤف لیول سے نیچے حسی نقصان پیدا کر دے گا۔ اگلے قرن کے خلیوں کا مقامی اتلاف اس پر فقصی حلمی عضلات اور عضلات مربعہ منحرفہ کی لاغری اور کمزوری مستزاد کر دے گا۔ صرف وہی مریض زندہ رہتے ہیں جن میں اس لیول کا ضرر جزئی ہوتا ہے۔ کل ضرر ڈایا فرام کا شلل پیدا کر دیتا ہے۔

عنقی کلانی کا ضرر، ماؤف فلقہ سے رسد حاصل کرنے والے عضلات کی لاغری اور کمزوری پیدا کر دے گا، مثلاً پانچویں عنقی فلقہ کی حالت میں عضلات ذالیہ عضلات شوکیہ، اور ذوراسین کی، جب کہ ذوراسین کے وتری جھٹکے کا نقصان ہو گا (ملاحظہ ہو ڈایا فرام صفحہ 594)۔ ضرر کے لیول سے نیچے تشنجی شلل اور حسی نقصان ہو گا۔

مزید برآں، تمام اضرار جو پہلے صدری فلقہ سے اوپر ہوتے اور اس کو مشمول رکھتے ہیں، عنقی مشارکی ریشوں کا شلل پیدا کر دیں گے، یا تو لب میں ان کے نیچے کی طرف کے ممر میں یا اس نقطہ پر جہاں وہ پہلی صدری جڑ میں سے باہر نکلتے ہیں (ملاحظہ ہو تصویر ۹۸ صفحہ 606)۔

صدری خطے کے اضرار فلقی امارات بہت کم پیدا کرتے ہیں۔ تاہم ممکن ہے کہ جس کرنے پر بعض اوقات اُن بین الاضلاع عضلات کی لاغری اور کمزوری معلوم ہو جن کو ماؤف فلقہ سے رسد پہنچی ہے۔ جب ضرر آٹھویں صدری فلقہ کے لیول سے نیچے ہوتا ہے تو شکمی عضلاتِ مستقیمہ کے بالائی نصف بچ جاتے ہیں۔

اسی واسطے بالائی شکمی معکوسات محفوظ رہتے ہیں۔ اور جب مریض اپنے سر کو اوپر اٹھانے کی کوشش کرتا ہے تو عضلاتِ مستقیمہ کے بالائی نصفوں کے بلے روک فعل سے ناف اوپر کو کھنچ آتی ہے۔ پہلے کی طرح اب بھی ضرر کے لیول سے نیچے حسی نقصان اور شنجی شلل ہو گا۔

قطنی کلانی کے اضطرابات اُن کے لیولوں کے لحاظ سے حسبِ ذیل سرسری طور پر تقسیم کیے جا سکتے ہیں:۔

تیسرے اور چوتھے قطنی فلقے:۔ کولھے کی خمیدگی باقی رہتی ہے۔ اس کے علاوہ جوارحِ زیرین مشلول ہو جاتے ہیں۔ اربعۃ الرؤوس عضلات اور عضلاتِ مقربہ کا ذبول۔ رکبی جھٹکوں کا نقصان۔ ٹخنے کے جھٹکے تیز اور اخمصی مجیبیتیں باسط ہوتی ہیں۔

پہلے اور دوسرے عجزی فلقے۔ کولھے کی خمیدگی، ران کی تقریب، گھٹنے کی بسط شدگی اور پاؤں کی ظہری خمیدگی، یہ سب باقی رہتے ہیں۔ پنڈلی کے عضلات اور پاؤں کے دروتی عضلات کا ذبول، گھٹنے کی خمیدگی اور کولھے کی بسط شدگی تبعید اور بیرونی گردش میں کمزوری۔ رکبی جھٹکے موجود رہتے ہیں، اور ٹخنے کے جھٹکے اور اخمصی مجیبیتیں غیر موجود۔

تیسرے اور چوتھے عجزی فلقے: بڑی آنت اور مثانہ کا شلل۔ مبرزی معکوسہ غائب ہو جاتا ہے۔

صفحہ 599 پر جو فلقی حسی جدول ہے اس سے ہر اصابت میں حسی نقصان کی وسعت ظاہر ہو گی۔

ذنب الفرس (cauda equina) کے اضرار، جب یہ کامل
609 ہوں تو یہ اوپر پہلی قطنی جڑوں سے لے کر نیچے تک، تمام عصبی جڑوں کو خواہ وہ حرکی ہوں یا حسی، ماؤف کر سکتے ہیں، اور اس کا نتیجہ ان سے رسد پانے والے تمام عضلات کا شلل اور ذبول، حسی نقصان، اور تمام معکوسوں کا نقصان ہوتا ہے۔ قطنی کلانی کے ضرر اور ذنب الفرس کے ضرر کے درمیان تفریقی تشخیص نہایت مشکل ہو سکتی ہے۔ ایک حاد ضرر کی حالت میں نخاعی صدمہ کے دوران میں ممکن ہے کہ ان کے درمیان تفریق کا کوئی ذریعہ نہ ہو۔ ازاں بعد ہمہ گیر عضلی ذبول اور معکوسوں کا

مستقل نقصان ذنب الفرس کے ضرر کو تمیز کرنے میں ممد ہوتا ہے۔

نخاعی فلقوں کا تعلق عمود الفقرات کے شوکی زائدوں سے

نخاع نیچے پہلے قطنی فقرے کے زیریں کنارے کے لبول پر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ اس خط سے متناظر ہے جو پشت پر عرضاً پہلے قطنی شوکہ سے ذرا اوپر کھینچا جائے۔ عجزی فلقات نیچے اس خط کے اور اوپر بارھویں صدری شوکہ کے لبول کے درمیان واقع ہیں۔ قطنی فلقات اس نقطے کے اور اس افقی خط کے درمیان واقع ہیں جو دسویں صدری شوکہ کے ذرا اوپر ہوتا ہے۔

نسبتہً بلند تر فلقات کا تعلق شوکی زائدوں سے اس طرح بیان کیا جا سکتا ہے کہ متناظر عدد کے شوکہ سے اوپر کے کسی فلقے کا فاصلہ، زیریں چھ صدری فلقوں کے لیے سرسری طور پر چار فقروں کے عمق کے معادل ہوتا ہے۔ بالائی چھ صدری فلقوں کے لیے تین فقروں کے، زیریں عنقی فلقوں کے لئے دو فقروں کے، اور بالائی عنقی فلقوں کے لیے ایک فقرے کے۔

دماغ کے اضرار

حرکی قشرہ اور صرعی خطے۔ قشرہ کے وہ رقبے جن کی برقی تہییج سے جسم کے مخالف جانب کے حرکات کی تحریک کی جا سکتی ہے، بشر آسا بوزنہ میں شرنگٹن (Sherrington) اور لیٹن (Leyton) نے ترسیم کیے ہیں۔ انسانی قشرہ کی تہییج سے، اس وقت جب کہ اس کو عملیہ کے لیے منکشف کیا گیا ہے، مماثل نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ مرض کے نتیجے کے طور پر مماثل حرکات واقع ہو سکتی ہیں، اور بالعموم کم و بیش مقامی تشنج کی شکل اختیار کرتی ہیں، جس کو ماسکی صرع کہتے ہیں۔ مثالی حملے میں، جس کو اس کے دریافت کنندہ کے نام کی مناسبت سے جیکسونی کہا جا سکتا ہے، پہلے ایک خاص حصے کا (مثلاً انگوٹھے کا) رجفی جھٹکا ہوتا ہے، جو پاس کے حصوں میں بتدریج اسی ترتیب سے پھیل جاتا ہے کہ جس ترتیب سے بیش مرکزی تزرید میں ان کی نمایندگی ہوتی ہے۔ جونہی کہ تشنج نئے حصے کو متاثر

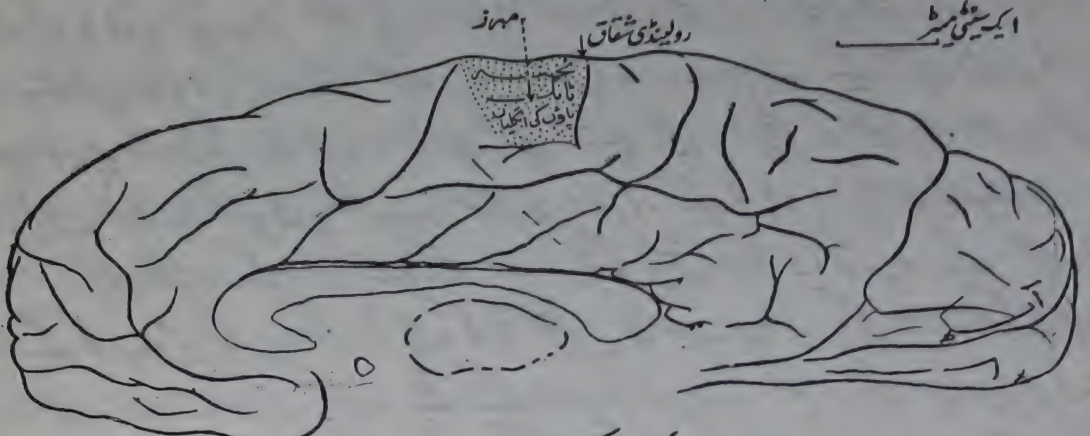
کرتے ہیں، وہ پرانے حصے میں موقوف ہو جاتے ہیں، چنانچہ ایک باقاعدہ ترتیب زمانی یا رفتار (march) پائی جاتی ہے۔ حملہ کی یہ قسم بالعموم نہایت ہی اوپری اضرار کے ہمراہ پائی جاتی ہے، مثلاً ایک سحابی سلعہ کے ہمراہ جو کہ قشرہ پر دباؤ ڈال رہا ہو۔ بعض مثالوں میں ارتجفی تشنجات ایک پورے جارحہ کے عضلی نظام کو تقریباً ہمزماں طور پر متاثر کرتے ہیں۔ مقامی تنشی تشنج بھی واقع ہو سکتا ہے، اور بالعموم زیادہ عمیق الوقوع قشری یا تحت القشری اضرار کے ہمراہ واقع ہوتا ہے۔

جبہی قشرہ کے اس حصے کے اضرار جو کہ پیش مرکزی تزرید کے وجہی رقبہ سے آگے کو ہے، یہ نتیجہ پیدا کرتے ہیں کہ آنکھیں مخالف جانب کی طرف حرکت کر جاتی ہیں۔ اس سے ذرا اوپر کے رقبے کے اضرار سر اور آنکھوں کی مزدوج حرکت کا باعث ہوتے ہیں۔ آنکھوں کی حرکت ایسے اضرار کے ہمراہ بھی پائی جاتی ہے جو کہ قذالی لختہ کے متقدم حصہ میں واقع ہوتے ہیں لیکن اس حالت میں وہ استبصاری توہم کے ساتھ وابستہ ہوتی ہے۔

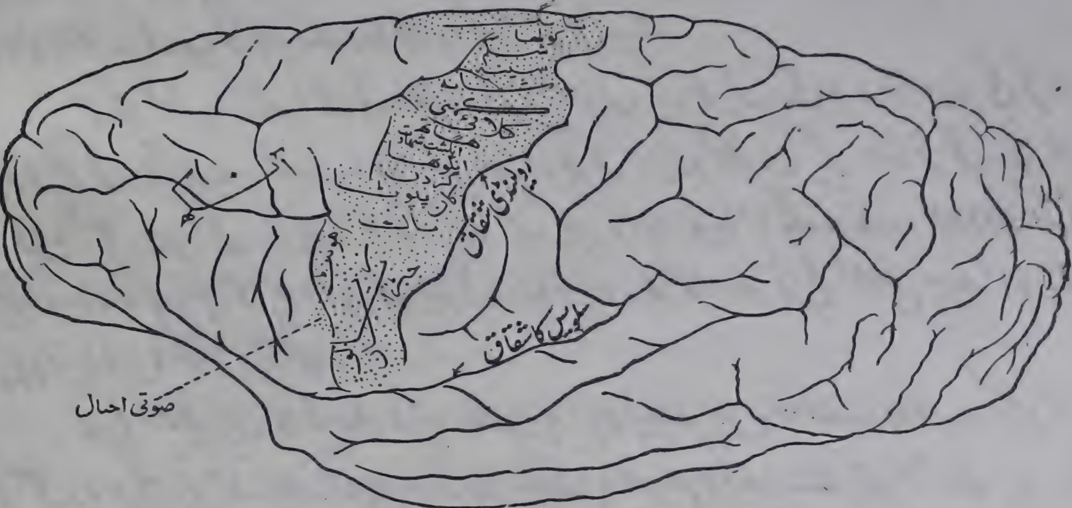
حرکی قشرہ کے اتلافی اضرار ان حصوں میں کہ جن کی وہ نمایندگی کرتا ہے، شلل واقع کرتے ہیں۔ تحت العرشی اضرار جو کہ ہرمی خطوں کو متاثر کرتے ہیں، کمزوری یا شلل پیدا کرتے ہیں، جو توزیع میں چہرہ، بازو یا ٹانگ تک محدود ہو سکتا ہے۔ ضرر جتنا زیادہ گہرا ہوگا، پورا ہرمی بنڈل متاثر ہونے کا اور فالج نصفی پیدا ہونے کا اتنا ہی زیادہ احتمال ہوگا۔

فالج نصفی میں جو کہ حاد ضرر سے پیدا ہو، پہلے پہل مخالف جانب کے جوارح کا رخو شلل واقع ہوتا ہے۔ تاہم وتری جھٹکے بالعموم ابتدا سے ہی بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ شکمی منعکسات مفقود ہوتے ہیں، اور اخمصی مجیبیت باسط ہوتی ہے۔ آنکھیں اور سر ضرر کے جانب کی سمت میں جھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ چہرہ متاثرہ جانب پر بے تنش ہوتا ہے، اور گال تنفس پر اندر اور باہر کو حرکت کرتے ہیں۔ تصویت کرنے پر نرم تالو ضرر کی جانب کو اوپر کو کھنچ جاتا ہے، اور زبان فالج نصفی جانب کو بروز کیے ہوئے ہوتی ہے۔ ضرر کی جانب کی سمت میں سر اور آنکھوں کا جھکاؤ سرعت کے ساتھ غائب ہو جاتا ہے۔ چہرے میں کسی قدر قوت لوٹ آتی ہے،

اور مشلول جوارح بتدریج تشنج زدہ ہو جاتے ہیں۔ بالائی جارحہ، شانہ پر مقرّب؛



دائیں نیم کرہ کی بیرونی سطح

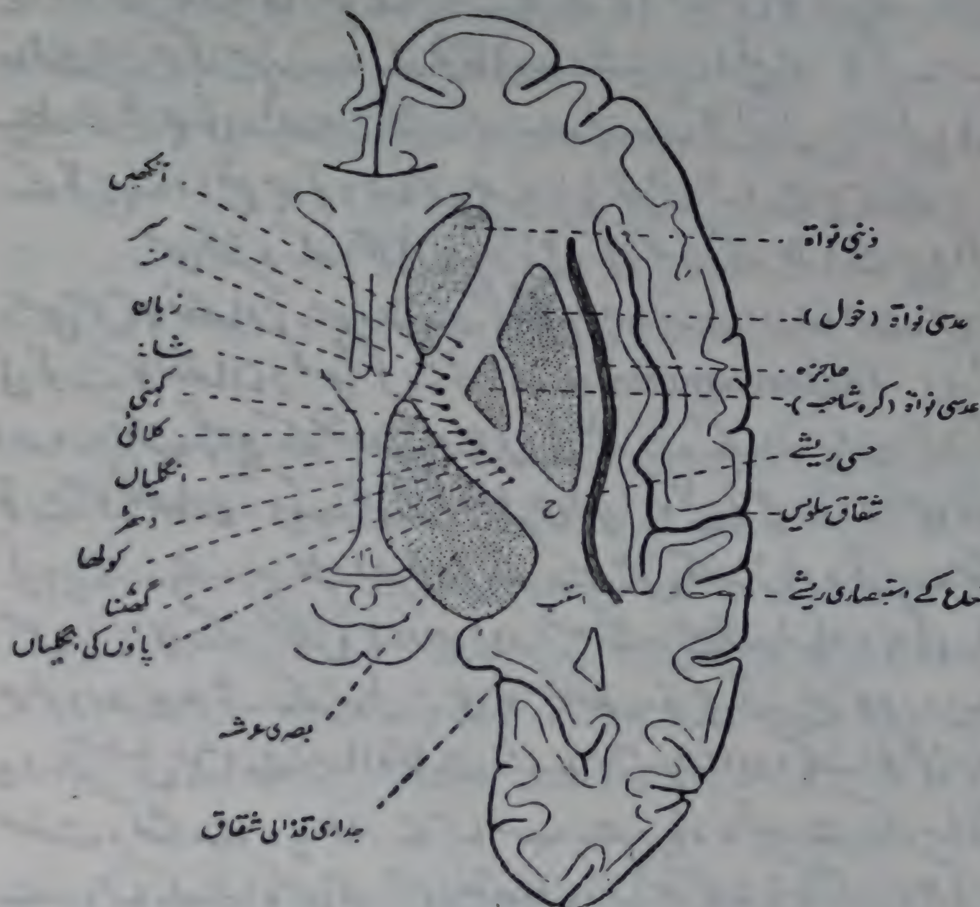


بائیں نیم کرہ کی بیرونی سطح

تصویر ۶۹۔ گوریلا (gurella) کا تحریک پذیر حرکی قشرہ، جس کو لیٹن اور شرنگٹن نے برقی تہییج کے ذریعہ دریافت کیا ہے (۱۹۱۷)۔

کہنی پر خمیدہ اور کلائی پر خمیدہ اور مکبوب ہو جاتا ہے، اور انگلیاں خمیدہ ہو جاتی ہیں۔ زیریں جارحہ بسط شدگی کی حالت اختیار کر لیتا ہے جس میں پاؤں اور انگلیوں کے

سر، نیچے کو ہوتے ہیں۔ ساتھ ہی متاثرہ جانب وتری جھٹکے نہایت ہی شدید ہو جاتے ہیں اور رجفہ (clonus) حاصل ہو سکتا ہے۔



تصویر ۷۰۔ ایک افقی تراش دائیں دماغی نیم کرہ میں سے، جو کہ اندرونی کیسہ میں مختلف ڈوروں کی وضعیں ظاہر کرتی ہے (سر جیمز پرولنیر سٹوارٹ)۔

حسّی قشرہ اور حسّی راستہ۔ قشری اضرار جو پس مرکزی تزرید میں اور اس سے ذرا پیچھے کے خطہ میں واقع ہوں، حسّی نوعیت کے ماسکی صرعی حملے واقع کرتے ہیں۔ بالعموم ایسا حملہ سن پن یا جھنجھناہٹ کے

احساس کی شکل اختیار کرتا ہے جو ایک حصہ (بالعموم ایک جارحہ) میں نمودار ہوتا ہے، اور بسرعت پھیل کر پاس کے حصوں کو متاثر کر دیتا ہے، اس طرح جس طرح کہ حرکی حملوں کی حالت میں، ممکن ہے کہ اس سے بے ہوشی ہو یا نہ ہو۔ بعض اوقات یہ احساس متاثرہ جارحہ میں حرکت ہونے کا احساس ہوتا ہے۔ ایسے ضرر کی حالت میں جو کہ نیم کرہ کے فوقانی حاشیہ پر واقع ہو، ٹانگ سب سے پہلے متاثر ہوتی ہے جب ضرر اس سے پست تر لیول پر سلویائی شقاق کے قریب واقع ہو تو احساس چہرہ یا ہاتھ میں شروع ہوتا ہے۔

حسی قشرہ کے اتلافی اضرار ذیل کی قسم کے علامات پیدا کر دیتے ہیں:-

وضعی حس کا نقصان۔ معروضات کی شکل، جسامت اور ساخت شناخت کرنے کی قوت کا نقصان (لمسی شکل ناشناسی = astereognosis)۔ اور لمسی، حرارتی اور دردناک تہییج کے مختلف درجوں کی شدت کے درمیان امتیاز کرنے کی قوت کا نقصان۔ ایک تحت القشری ضرر، مماثل نوعیت کا حسی نقصان واقع کر دیتا ہے۔ یہ ضرر بصری عرشہ سے جس قدر زیادہ قریب ہوگا، جلدی حس پذیری کے اختلال کا درجہ اور وسعت اسی قدر زیادہ ہوگی۔ ایسا ضرر جو خود بصری عرشہ کے لیول پر ہی ہو، نصف فالجی توزیع کا درد پیدا کرتا ہے۔ یہ درد مسلسل ہوتا ہے، بسا اوقات شدید ہوتا ہے، اور ایک انوکھی سوزشی یا فارض صفت رکھتا ہے۔ یہ جوارح میں سب سے زیادہ شدت کے ساتھ محسوس ہوتا ہے۔ اس کے ہمراہ کسی قدر حسی نقصان اسی قسم کا پایا جاتا ہے جو کہ اوپر بیان ہوا ہے، اور ساتھ ہی ہر ایسے تہییج کے لئے جو کہ شناخت ہو جائے ایک دردناک بیش ردعمل پایا جاتا ہے۔ مثلاً اتنے درجے کی حرارت یا سردی جو طبعی جانب کے لئے قابل برداشت ہو، متاثرہ جانب کے لئے دردناک ہوتی ہے، بلکہ خط کھینچ کر تماس کرنے سے بھی مریض پیچھے ہٹ جاتا ہے۔

اندرونی کیسہ۔ یہاں حرکی، حسی، اور استبصاری راستوں کے ریشے قریبی طور پر مجتمع ہوتے ہیں۔ لہٰذا ایک چھوٹا سا ضرر بھی مکمل نصفی فالج پیدا کر دیتا ہے۔ اندرونی کیسہ کے مقدم حصے کا ضرر، چہرہ اور بازو کو اس سے

611

زیادہ متاثر کرتا ہے کہ جتنا ٹانگ کو، اور اس سے پیچھے کا ضرر زیرین جارحہ کو متاثر کرنے کا اور حسی اختلال واقع کرنے کا زیادہ رجحان رکھتا ہے۔ اور بھی پیچھے کا ضرر حسی نقصان اور نیم بصری واقع کرتا ہے جس کے ہمراہ بہت کم کمزوری پائی جاتی ہے یا بالکل نہیں پائی جاتی۔ اندرونی کیسہ کے اضرار بسا اوقات اتنے
612 بڑے ہوتے ہیں کہ فالج نصفی حسی نقصان اور نیم بصری بیک وقت پیدا کر دیتے ہیں۔

شمی آلہ۔ ایک شمی بصلہ کا ضرر، بالعموم کوئی موضوعی علامت نہیں پیدا کرتا۔ شامہ کا نقصان صرف امتحان کرنے پر دریافت ہوتا ہے۔ لیکن ایک دو جانبی ضرر بو میں یا مزے شناخت کرنے یا تمیز کرنے کی قوت کا نقصان واقع کرتا ہے۔ لہٰذا مریض چکھنے اور سونگھنے دونوں طرح کی قوت کے نقصان کی شکایت کرتا ہے۔

دونوں میں سے کسی جانب کی ہک نما تزوید کا ضرر، صرعی حملوں کا باعث ہو سکتا ہے جو کہ ایک ناگوار مزہ یا بو سے شروع ہوتے ہیں۔ موضوعی تجربہ ناگہانی اور ایک لمحہ کے لیے ہوتا ہے، اور ممکن ہے بڑھ کر بے ہوشی کا موجب ہو یا نہ ہو۔

استبصاری آلہ۔ ایک بصری عصب کا ضرر اس آنکھ میں ناقص بصارت یا اندھے پن کا موجب ہوتا ہے۔ بصری تصالب، خطوں اور اشعاعات کے، اور قذالی قشرہ کے اضرار کے اثرات، صرف تصویرات کے ذریعہ ٹھیک طور پر سمجھ میں آ سکتے ہیں۔

تصالب کا ایک ضرر، اگر مرکزی طور پر واقع ہو، تو وہ ہر شبکیہ کے انفی نصف سے آنے والے ریشوں کو نقصان پہنچاتا ہے، لہٰذا ایک دو صدغی نیم بصری واقع ہوتی ہے۔ اگر ایسا ضرر ذرا ایک طرف کو وسعت پذیر ہو، تو یہ اس طرف کی آنکھ میں اندھا پن اور دوسری آنکھ میں صدغی میدان کا نقصان واقع کرتا ہے۔ تصالب میں ریشوں کا محل وقوع ایسا ہے کہ سب سے نیچے کے ریشے وہ ہوتے ہیں جو کہ استبصاری میدانوں کے سب سے بالائی حصوں کی نمائندگی کرتے ہیں، اور سب سے اوپر کے وہ جو اس کے برعکس نمائندگی کرتے ہیں۔ لہٰذا ایک ایسے ضرر کی حالت میں جو کہ تصالب کو نیچے سے دبا رہا ہو، بالائی صدغی ربعات

سب سے پہلے متاثر ہوں گے۔ تصالب کے پیچھے، بصری خطے یا اشعاع کا، یا قذالی قشرہ کا ضرر، دوسری طرف کے متناظر نصف میدانوں میں بصارت کا نقصان واقع کرتا ہے، یعنی دائیں طرف کا ضرر، بائیں طرف کی ہم آئین نیم بصری پیدا کرتا ہے، اور بائیں طرف کا ضرر دائیں طرف کی۔

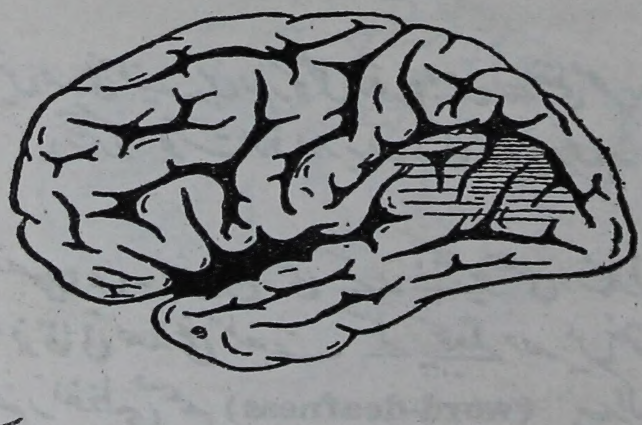
اگر ضرر بصری خطے میں ہو تو روشنی کی ایسی شعاع جو پتلی میں اندھے نصف میدان سے ڈالی جائے، پتلیوں کا کوئی انقباض نہیں پیدا کرتی دور تک Wernicke: کا نیم بصری حدقی تعامل، لیکن اب تک ایسا کوئی طریقہ ایجاد نہیں کیا گیا کہ جس سے یہ کارروائی باسانی اور موثر طور پر انجام دی جا سکے۔ ایسا ضرر جو اولی استبصاری مراکز سے اوپر واقع ہو، لازماً، حدقی نوری معکوسہ پر کوئی اثر نہیں ڈالے گا۔ بصری اشعاع پیچھے کو ایک پنکھے نما جھرا اختیار کر کے قذالی لختے تک چلا جاتا ہے، لیکن پہلے ذرا نیچے کو اور سامنے کو صدغی لختے کے پچھلے سرے میں ڈوبتا ہے۔ اس میں ایک تحتانی اور فوقانی بنڈل ہوتا ہے، چنانچہ اول الذکر مخالف طرف کے استبصاری میدان کے فوقانی اور آخرالذکر تحتانی رُبع کے ساتھ متناظر ہوتا ہے۔ قذالی لختے میں استبصاری قشرہ، مہمازی شقاق کو محصور کرتا ہے، اور بظاہر اس طرح مرتب ہوتا ہے کہ میدان کے مرکزی حصے کی نمائندگی، قذالی قطب کی پچھلی نوک کے خلیات کرتے ہیں، اور نقطہ سے لے کر محیط تک شبکیہ کے سلسلہ وار اہم مرکز منطقوں کی نمائندگی



تصویر ۱۴۔ استبصاری ریشوں کا ماحول اور تعلقات ظاہر کرنے کے لئے (ہنگ کی تقلید میں)۔

اسی ترتیب سے پیچھے سے سامنے کو ہوتی ہے۔ لہذا دونوں قذالی لختوں کی پچھلی نوکوں کا ضرر (مثلاً تضرر سے) دوجانبی مرکزی اندھاپن پیدا کردیتا ہے۔ ایک ہی قذالی لخت کا وسیع ضرر، لازماً ہم آئین نیم بصری پیدا کردے گا۔ قذالی قشرہ کے کے اضرار صرعی حملے بھی پیدا کرسکتے ہیں جو کہ مخالف جانب کے نصف میدان میں توہم کے ساتھ شروع ہوتے ہیں۔ 613
یہ توہم ایک بے ڈھب شکل اختیار کرسکتا ہے (رنگین کرے یا چمکارے)۔ یہ ناگہانی اور ایک لمحہ کے لئے ہوتا ہے اور اس کے بعد بے ہوشی ممکن ہے ہو یا نہ ہو۔ استبصاری توہمات صدغی لخت کے اضرار کے ہمراہ بھی واقع ہوسکتے ہیں، اور اکثر ان کے ہمراہ ایک شمی (ہک نما =uncinate) نسمہ بھی پایا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں توہم پیچیدہ قسم کا ہوتا ہے (جگہوں یا اشخاص کی رویت)۔ بعض اوقات یہ مخالف جانب کے نصف میدان کی طرف منسوب کی جاتی ہے، بعض اوقات یہ عام توزیع رکھتی ہے۔

حبسہ یا فساد الافعال (apraxia) پیدا کرنے والے اضرار۔ نطق کے اختلالات کا تجزیہ فعلیات یا نفسیات کے نقطۂ نگاہ سے کرنے کی بہت کوششیں کی گئی ہیں، اور خاص طور پر ہیڈ (Head) کی تحقیقات



تصویر ۲۷۔ لفظ کوری پیدا کرنے والے ضرر کا محل وقوع۔ (شارکو =Charcot بوشارڈ =Bouchard اور برساڈ =Brissaud کی تقلید میں)۔

لے ہیں مسئلے کے اس پہلو کو سمجھنے میں بہت مدد دی ہے۔ تاہم طالب علم طب کے لئے مرضی تشریح کے خاص حقایق سے، جو مشاہدہ کردہ سریری اختلال کی قسم کے ساتھ تا بحد امکان مطابق کر لیے گئے ہوں، ایک مشکل مضمون کی محفوظ ترین تمہید حاصل ہوتی ہے۔ ایمن اشخاص میں نطق کے مراکز دماغ کے بائیں نصف میں، اور ایسر اشخاص میں دماغ کے دائیں نصف میں واقع ہوتے ہیں۔ وہ ریشے جو استبصاری اشارات (الفاظ، تصاویر، اشیاء) کے تاثرات منتقل کرتے ہیں، قذالی قشرہ کے قریب وجوار میں زاویہ وار تزرید کے قلّہ پر اختتام پذیر ہوتے ہیں: اس نقطہ پر کا کوئی ضرر، جو کافی چھوٹا ہو، لفظ کوری (word-blindness)



تصویر ۳، پہلی بائیں صدغی تلفیف میں ضرر کا محل وقوع، جس سے لفظی صمم پیدا ہو جاتا ہے۔ (شارکو، بوشارڈ اور برساڈ کی تقلید میں)۔

پیدا کر سکتا ہے (تصویر ۲)۔ اشعاع سمعی کے ریشے جو سمعی اشارات (الفاظ نغمے) منتقل کرتے ہیں، فوقانی صدغی تلفیف کے پچھلے حصہ میں ختم ہو جاتے ہیں، اور اس مقام کا ضرر لفظی صمم (word-deafness) پیدا کر دے گا (تصویر ۳)۔

ایسے دقیق اضرار نہایت شاذ ہی واقع ہوتے ہیں۔ عموماً ان دونوں رقبوں کے درمیان کا وسطی خطہ ماؤف ہوا کرتا ہے، اور اس حالت میں 614
ان تمام ایتلافی تعاملات کا کم یا زیادہ درجہ تک نقصان ہوتا ہے جو نطق اور سمعی